



Dr. Simona Trifu

CUPLUL

**o entitate veche,
ca Biblia însăși...**



EDITURA VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

I
Colind pribeag pornit în drumetrie
Prin munții de speranță arzători,
Spectaculoasa sortii reverie
Ne mângâie pe tâmpile de cu zori.

II
Tiptil-tiptil cu frunțile plecate
Ne târâm la porțile de zbor,
Bunicii deapănă-amintiri uitate
Și plâng și râd agale din pridvor.

III
Suișu-i greu și mâinile-s nătânge,
Sudoarea rouă curge de pe pleoape.
Un găngurit. Și lacrima se frânge.
Și viitorul pare mai aproape.

IV
Dezmeticii ne facem vânt prin viață,
De jucării ne-mpiedicăm în jur,
Iar dorul nostru de păpuși se-agață
Și de pitici pictați pe abajur.



V
O noapte caldă cu fantasme blânde,
Un Arlechino mic și jucăuș
Ne-ndeplinește visele arzânde;
Târziu aflăm că e făcut din pluș!

VI
Un clopoțel și iată-i dimineată,
Într-un tumult de voci asurzitor:
„Ba vreau!”, „Ba nu vreau”,
„Cine? Ce mă-nvață?”
și „Cum voi deveni cuceritor?”

VII
Și parcă anul trece într-o zi
Și ziua toată nu-i decât o clipă.
Gândim, simțim,
trăim un veșnic „azi”,
Îmbrățișați de caldă lui aripă.

VIII
Și creștem învățând să năzuim
La vânt suav, la țărnul mării ninse;
Cu pași apăsători ne străduim
Să ocolim capeanele întinse.

Atât timp cât linia
imaginară dintre *normal*
și *patologic* nu a fost
niciodată dreaptă și clară,
ci sinuoasă, întreruptă,
fragilă și obscură, cartea
de față își propune – la
nivel teoretic și practic –
„să modeleze“ un psihic
„mai trainic“, „mai
durabil“, capabil să
reziste la seismele sociale
și asprele examene ale
destinului.

Rolul de judecată
morală, de sancțiune și
sentință este abolit, căci
„nimic din ceea ce este
omenesc nu-i este străin
autoarei“, cortegiul de
întrebări stârnit în urmă
neținând de nesiguranța
profesională în tratarea
unui subiect, ci de limitele
și precaritatea condiției
umane.

Prof. univ. dr.
Nicolae Mitrofan

SIMONA CORINA TRIFU
(născută Pascadi)

Data nașterii:

- 1 noiembrie 1971

Studii superioare:

- doctorat în Psihologie (2002)
- masterat în Sănătate Publică și Management sanitar (2001)
- Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București (1998)
- Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București (1995)

Profesia actuală:

- medic rezident Psihiatrie anul III – Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă

Activitate profesională:

- psiholog, cercetător științific (1995–2000)
- peste 100 de articole publicate în reviste de specialitate (medicină, psihologie)

Domenii de interes:

- psihanaliză, teatrologie-filmologie

Hobby-uri:

- sport, jocuri intelectuale

Stare civilă:

- căsătorită, 3 copii

Sensul acestor *eseuri* este de a postula **empatia** și **intuiția** drept girante călăuzitoare ale diagnozei și psihoterapiei.

Dr. Simona Trifu

Cuplul – o entitate veche, ca Biblia însăși...

Katalina Sabre
6.11.2002

Su.

Cadau pentru
AUREL un psihoterapeut
in domeniul de arta profesionalist
in arta profesionalist
Cu drag NATURIST A

Cater SP
1. Aprilie. 2006
Simona

Su.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
TRIFU, SIMONA

Cuplul – o entitate veche, ca Biblia însăși / Simona Trifu. -

București: Viața Medicală Românească, 2002

p. 248; 16,5x23,5 cm.

Bibliogr.

ISBN 973-9320-99-6

392.3

Redactor de carte: Alice ȚUCULESCU

Tehnoredactor: Ioan DUMITRENCU

Tehnoredactare computerizată
și coperta: Gina MANCIU

Operatori: Mirela DUMITREAN
Daniela RADU

Corectori: Constanța MARINESCU
Emil FRĂȚILĂ

EDITURA „VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ”
București, sector 1, str. Ministerului nr. 1-3, cod poștal 70109
TELEFON: 315.61.09; FAX: 315.69.80

Dr. Simona Trifu

CUPLUL **o entitate veche,** **ca Biblia însăși...**

Eu-l: ipostaze existențiale
- Interpretări psihologice și valențe psihoterapeutice -



EDITURA VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
BUCUREȘTI, 2002

Cuprins

În loc de prefață...	11
„Stop exclusion! Dare to care!” (un <i>ars poetica</i> pentru Psihiatria mileniului III)	13
Capitolul I – Elemente integrative ale psihologiei medicale a prezentului	15
1.1. Rolul psihologului în spital – de la diagnoza personalității bolnavului la ascultarea empatică	17
1.2. Atuurile echipei <i>medic–psiholog</i> , în managementul terapeutic	19
1.3. <i>Reflectare și reformulare</i> în actul medical	22
1.4. Rolul examinării psihologice în conturarea diagnosticului psihiatric	24
1.5. <i>Consiliere versus psihoterapie</i> în reintegrarea socio-profesională	47
Capitolul II – „Macro tulburări” ale începutului de mileniu	69
2.1. Depresia	71
2.1.1. Principalele trăsături	71
2.1.2. Corelatele psiho-sociale ale fenomenului depresiv	74
2.1.3. Depresia – de la „compartimentarea” psihiatrică la profilul complex regăsit în real	76
2.2. Suicidul	76
2.2.1. De la perspectiva filozofică și literară la cea medicală	76
2.2.2. Motivația conduitei de sacrificiu	79
2.3. Criza sexualității	80
2.4. Perspectivă psihologică asupra <i>homosexualității</i>	82
2.5. Violența familială – ca marcă a agresivității sociale	84
Capitolul III – Elemente de psihologia grupurilor: între solitarism și adezivitate la mulțime	89
3.1. Relațiile interpersonale – de la atracție la respingere	91
3.2. Modificarea Eu-lui colectiv în perioada de tranziție	93
Capitolul IV – Ambivalența sentimentelor umane sau limitele acceptării Decalogului	95
4.1. Amintirile trecutului – <i>rănile</i> viitorului	97
4.2. Despre vinovăție și iertare	99
4.3. A învăța să dăruiești iubirea sau travaliul civilizației	100

Capitolul V – Copilăria	103
5.1. De la paradigma copilăriei la „datoria” <i>de a fi părinte</i>	105
5.2. „M-am sacrificat pentru copilul meu”	106
5.3. Paternitate biologică – paternitate simbolică	108
5.4. „A învăța” să fii mamă	109
5.5. Traversarea și „urmele” complexului oedipian	111
5.6. Anxietatea copilăriei – a fi sau a nu fi acceptat	114
5.7. Copilul și identitatea sa proiectivă	115
5.8. <i>Epilepsia</i> și modul particular de structurare a personalității	117
5.9. „Copilul problemă” – ca exponent al nefericirii conjugale	122
5.10. Simptomul, ca substitut al unei nevoi primare uitate (povestea unei fetițe cu encoprezis)	124
5.11. Părinți disperați, copii nefericiți – între ereditate, educație și iubire	129
Capitolul VI – Adolescența	133
6.1. <i>Adolescența</i> sau construirea <i>Eu-lui</i>	135
6.2. „We don't need, no, education” – <i>sau</i> pledoarie pentru <i>autoactualizare</i>	137
6.3. Adolescența – identitate și identificare	139
6.4. Separarea de copilărie. Negarea identității infantile	140
6.5. Adolescență și sexualitate – de la pulsune la sentiment	142
6.6. <i>Teribilismul</i> adolescenței și riscul constituirii unei <i>personalități histrionice</i>	143
6.7. Recurgerea la drog – <i>fenomen social</i> versus <i>structură particulară de personalitate</i>	145
6.8. Greșeli de copil – greșeli de părinte	147
6.9. Psihotraumă adolescentină versus debutul unei boli grave	149
Capitolul VII – Eternul masculin – eternul feminin	153
7.1. Genealogia inconstiență	155
7.1.1. Dragostea ca „funcție psihică” indispensabilă	155
7.1.2. Erotică și sexualitate	156
7.1.3. Pudoarea – între gând și emoție	158
7.2. Tabuul virginității – tabuul dezvirginării?	160
7.3. Comportamentul sexual sub amprenta socială a timpului	161
Capitolul VIII – Tulburările de dinamică sexuală	165
8.1. <i>Un memento</i> la întâlnirea cu sexologia	167
8.2. Matrice interpretativă metapsihologică	168
8.2.1. Metamorfoza fetiș – antifetiș	168
8.2.2. Ideea „unicului partener” – explicații transgenetice	169
8.3. Impotența psihogenă	171
8.3.1. De la fiziologie la sensibilitate. Actul sexual <i>reușit</i> – criteriu al orgoliului masculin	171
8.3.2. Satisfacția în plan intim – traductor fidel al iubirii perene	174
8.4. Frigiditatea	176
8.4.1. Între <i>suferință</i> și „datorie”	176
8.4.2. Narcisismul – o tentativă nereușită de seducție	177
8.5. Cauze superficiale în afectarea intimității de cuplu	179
8.5.1. Oboseala <i>sau</i> eșuarea comunicării: o dramă sexual-afectivă	179
8.5.2. Medicamentele – un caz „ad-hoc” de extrapunitivitate	181

Capitolul IX – Metaanaliza relației de cuplu.....	185
9.1. Let it be an answer... ..	187
9.2. Ciclicitatea firească.....	188
9.2.1. Un pseudotratat despre o femeie (diz)grațioasă	188
9.2.2. Momente de încercare.....	190
9.2.3. Dincolo de tinerețe... ..	192
9.3. Funcția securizantă a căsătoriei.....	194
9.4. Obişnuința	196
9.4.1. <i>Miturile</i> unei căsnicii fericite.....	196
9.4.2. Dragostea perpetuă.....	198
9.5. Minciuna	199
9.5.1. Protecție?... Gelozie?... Trădare?... ..	199
9.5.2. Trebuie să aflu adevărul?	200
9.5.3. Iubirea intimității sau intimitatea iubirii?	201
9.5.4. „ <i>Iartă-mă</i> ” – în numele imaturității.....	202
9.6. Copilăria la răscruce – real și fantasmatic	204
9.7. Autoritatea – o cale de evoluție?.....	205
9.8. Eu-l conjugal – Eu-l profesional	206
9.9. Vreau să fiu părinte, dar... ..	207
9.10. Traume imemorale – influențe în viața de cuplu	208
9.10.1. „ <i>Bărbatul imatur</i> ” sau „ <i>artistul veșnic tânăr</i> ”	208
9.10.2. „ <i>Fetița cuminte</i> ”. Imaginea tatălui – între moralitate, afecțiune și idealizare	211
9.10.3. „ <i>Don Juan-ul bătrân</i> ” – de la mit la personalitate accentuată	212
9.10.4. „ <i>Adolescenta frigidă</i> ”. Agresivitatea inconștientă a neacceptării identității de sex-rol	214
Capitolul X – Avatarurile disperării existențiale.....	221
10.1. Nevroza	223
10.1.1. Structura nevrotică – marcă a lumii moderne.....	223
10.1.2. Partenerul – realitate și imaginație	225
10.2. Alcoolul.....	227
10.2.1. O fragilă omnipotență... ..	227
10.2.2. Personalitatea, comportamentul și drama alcoolicului	228
10.2.3. Interferențe „patologice” și adaptative familiale și sociale. O paradigmă recuperatorie.....	230
10.2.4. Limitele psihoterapiei individuale și de cuplu	234
În loc de epilog... ..	239
A fi sau a nu fi – un acut înțeles.....	241
„A muri înseamnă a pleca puțin” (un disperat și inutil travaliu)	243
Bibliografie selectivă.....	247

Cuvânt înainte

În ultimele decenii, societatea contemporană lasă impresia că stăpânește complet și definitiv modalitățile de rezolvare a tuturor problemelor, de la cele naționale sau sociale până la cele familiale sau intime. Dar, este numai o impresie, deoarece, în realitate, fiecare individ, generație sau popor re trăiește, reeditează pe cont propriu atât „*marile*”, cât și „*micile*” drame, *scenariile existențiale* fiind irepetabile. Și totuși, fiecare experiență insignifiantă se adaugă, picătură cu picătură, la marea experiență colectivă a umanității. Până în secolul al XVIII-lea, omul s-a căutat **ca specie**, în secolul XIX s-a definit **ca persoană**, în secolul XX s-a descoperit pe sine **ca unicitate**, în timp ce începutul secolului XXI aduce în prim-plan **percepția prin celălalt – aproapele**.

Cartea semnată de doamna dr. Simona Trifu invită la un periplu interogativ asupra condiției umane, fiind un instrument util tuturor celor interesați de înțelegerea unor fenomene care, în societatea actuală, au devenit, din păcate, intruzive. Este o „antologie” a zbuciumului omenesc, a gravelor consecințe ale greșelilor noastre asupra celorlalți. Dacă pentru specialist sensul termenilor este mai exact, mai sec, mai închis, pentru nespecialiști, ecoul lor este mai grav, mai profund, mai dureros. Subiectele luate în dezbatere sunt, rând pe rând, excepționale stimulente de gândire filozofică, nesuportând un răspuns ferm, dur, convingător, în impunerea Eu-lui transpersonal dincolo de infinitatea Eu-rilor personale efemere.

Lucrarea este structurată pe 10 capitole plus un eseu introductiv pe tema programului psihoterapeutic al psihiatriei noului mileniu; „ars poetica” deontologiei profesionale arată implicarea în lupta cu prejudecățile, închistările, rezervele, motivațiile jenante – de orice natură, în încercarea unei schimbări de mentalitate intrafamiliale, cât mai ales la nivel interpersonal. Chiar mai mult, autoarea reliefează, fără putință de tăgadă, rolul și posibilitățile lucrului în echipă interdisciplinară, subliniind beneficiile unei astfel de abordări.

Aria tematică vizează individul: solitar, în diada cuplului, în interacțiunile comunitare; abordează problemele ce survin în copilărie, adolescență, relațiile dintre generații, „funcțiile” celui în cauză, sentimentele umane, crizele morale, oscilațiile între negarea și afirmarea personalității, paradigma interioară în căutarea identității. Veți descoperi descrierea științifică a diferitelor **tulburări emoționale** – în cel mai amplu înțeles al termenului, punctată de intervenții concrete, descriptive, analizate și prezentate clar și concis, de multe ori expunându-se alături de matricea psihologică interpretativă și „calea” urmată. Elementele psihoterapeutice nu au pretenția de a fi soluții universale pentru vindecări miraculoase și rapide; intenția este de a oferi spre dezbatere cazul cu toate problemele pe care le trasează și a mărturisi propriile confruntări, proiecte, derute, supoziții, tatonări obligatorii oricărei încercări de „reconstrucție” simbolică a Eu-lui.

Avem să ne confruntăm direct cu *realități* psihice „dure”, precum depresia, ca dramă răsfrântă asupra nefericitului în cauză, dar și asupra lumii moderne; imediat aflăm despre demisionarismul individului în fața sieși și a comunității – suicidul – instanțele, manifestările și psihosociologia acestui fenomen, urmând ca strâns legat să privim conduita de sacrificiu prin trebuința inconștientă de pedeapsă „deghizată” în echivalențele suicidare. Nu departe trecem de la ruperea sexualității din contextul său cultural normal la deformare prin exagerare, supralicitare și suprasolicitare, dincolo de care apar tulburările de dinamică sexuală cu marcant impact asupra vieții în doi. În același plan, vom studia o perspectivă psihologică pro- și contra homosexualității – ca flagel „revigorat” al mileniului III, alături de care, devastator, suntem confrunțați cu renunțarea la sentimente, valorizarea exclusivă a rezultatelor financiare, caracteristice, a poziției sociale și agresivității ce îmbracă aura violenței domestice.

Pentru a ne familiariza cu rolul perioadelor timpurii asupra relațiilor din familia actuală și societate, autoarea ne prezintă atracția și respingerea interpersonală cu modul în care copilăria și climatul parental influențează prezentul, iubirea – ca factor puternic stabilizator – și, nu în ultimul rând, ne face o pledoarie pentru valorile morale, pentru gândirea pozitivă cu răsunet emoțional corespunzător asupra Eu-lui colectiv și unității poporului nostru. Dorința de a fi părinte, cu reversul contemporan al pierderii spontaneității, imaginativului, inventivității, cu necesitatea suportului empatic, aduce în prim-plan viziunea conform căreia această „experiență” devine un liant al vieții de cuplu, sarcina și rolul mamei și al tatălui în dezvoltarea micuțului rămânând cruciale. De la necesitatea cunoașterii reciproce părinte-copil, la micuțul ce „experimentează” complexul oedipian ca filon *necesar* al dezvoltării afective ulterioare, de la dorința de a fi iubit și influențele negative ale unor valorizări eșuate, la a învăța să-ți apreciezi copilul prin propriile realizări, opus exemplelor din mass-media – veritabile „deformări” ale realității. Nu sunt omise bolile grave precum epilepsia, accentul fiind pus pe conturarea trăsăturilor personalității în formare, ce ne deschide calea alegerii conduitei psihoeducaționale optime.

Firesc ne apare adolescența, privită cu ochii tânărului confruntat cu destinul și prezentată prin legăturile cu carențele intrinseci unei atmosfere familiale sterile; și aici, paleta manifestărilor este vastă, cu pornire de la o „stare” psihică normală – teribilismul vârstei, adâncind riscul transformării personalității în lipsa jaloanelor; plusează problematica drogurilor din viziunea dependenței ca nevoie de dependență, prin evidențierea necesității cuantumului de afecțiune și a legăturii triple dintre sexualitate – sentiment – adolescență.

Eternul masculin–eternul feminin continuă să postuleze iubirea ca factor de progres, ca necesitate de cunoaștere a partenerului – cu tot ce el subsumează pozitiv și negativ, yin-yang, pudoare și virginitate – eseuri ce se unesc într-o privire psihologică și literară deosebit de interesantă.

Tulburările de dinamică sexuală, aspecte intime profunde și greu de înțeles, își găsesc explicațiile prin prisma unor disfuncționalități de cuplu, dar și a unor greșit translatate modelele de rol; se pedalează de la laturile superficiale – ca rezultat al extrapunibilității – la aspecte adânc refulate, precum tendințele narcisice.

Pornim apoi la drum în a privi modestia și simplitatea feminină, importanța a ceea ce numim *look*, a comportamentului, rafinamentului în viața în doi și în interdependența societate–intimitate. Diferite fațete ale căsătoriei vor intra în privirea ageră a medicului psiholog, studiind aspecte legate de securitatea oferită prin noul statut, ca opțiune naturală a dragostei; obișnuința ne face să pendulăm între fidelitate și trădare, între gelozie și protecție, dar și să vedem evoluția cuplului din perspectiva schimbării partenerului sau a rolului femeii în familie (din mamă și soție în potențială rivală). Cazurile de psihoterapie prezentate nu ajută numai la înțelegerea mai exactă a sentimentelor și ideilor, ci pun un real semn de întrebare asupra propriei persoane și a propriei diade.

Din nou „*jungla actuală*” își prezintă prin ochii analistului problemele sociale acute precum nevroza și alcoolul, în relația interdependentă cu mediul. Viața curentă a implementat adânc aceste două tulburări, considerându-se necesară chiar eliminarea din nosografia psihiatrică recentă a termenului de nevroză. Cu toate acestea, fațetele prezentate de autoare oferă posibilitatea înțelegerii comportamentului nevrotic și implicațiile acestuia asupra comunității și cuplului, precum și conduita alcoolicului, tendințele și impulsunile latente ale acestuia. Prezentarea modelelor alternative de psihoterapie oferă un mod de gândire și o soluție de adaptare.

În rezumat, în această lume plină de curente și opinii uneori divergente, lucrarea de față vă va oferi cu un talent literar de excepție o viziune științifică marcată de multiple puncte de vedere personale asupra tematicii diverse și totuși unitare. Această unitate în diversitate constituie, nu în ultimul rând, un alt merit al acestei cărți. De la primul până la ultimul rând există un liant inefabil și seducător. Din punct de vedere stilistic, autoarea a reușit să-și găsească o formulă, o exprimare originală, cu această vădită amprentă personală. Un dans grațios de idei și cuvinte alcătuiesc de la „clasic” la „modern” un stil elegant, științific și eseuistic totodată, cu rafinament și sensibilitate feminină, având capacitatea de a incita la supoziții.

Prof. univ. dr. Nicolae Mitrofan

**Soțului meu,
„Comparată cu idealul meu,
existența ta mi-a umilit fantezia“**

În loc de prefață...

*Lume, lume fericită,
Unde-i loc și pentr-un clown
Dintr-o farsă peticită
Regizată up side-down?*

„Stop exclusion! Dare to care!“ (un „ars poetica“ pentru Psihiatria mileniului III)

*Accesul la sănătate ar trebui să fie universal, iar **morală** ar reprezenta ansamblul credințelor, normelor și sentimentelor prin care individul se raportează la societate. Din aceeași perspectivă, **metaetica** încearcă să determine motivele care stau la baza judecății valorice, acel „De ce un anumit act medical este considerat moral sau imoral?“.*

Organizația Mondială a Sănătății a încercat să explice sintagma „**Stop exclusion**“ prin dorința de a reduce „prăpastia“ existentă în prezent între diferite țări legată de accesul la cele mai noi descoperiri ale științei în ceea ce privește atât etiologia, cât și tratamentul bolilor psihice. Ideea devine cu atât mai importantă cu cât aceste țări rămân reticente în raport cu „*povara*“ *socială* a perturbării sănătății mentale, în ciuda serviciilor de îngrijire, a legislației și a politicilor în vigoare. De-abia în prezent psihiatria se poate îndepărta de conceptul de „*supoziție*“, apropiindu-se de acela de „*certitudine*“, iar lipsa asociațiilor cu puternică forță epidemiologică, precum și faptul că rezultatele unor studii longitudinale, prospective nu sunt încă disponibile, face ca tratamentul să pară în cele mai multe cazuri „empiric“, cercetările de tipul *evidence based medicine* nefiind printre cele mai numeroase – motive suficiente pentru anumite țări spre a fi *șovăitoare*, atunci când este vorba de alocarea sumelor de bani necesare profilaxiei și reducerii incidenței bolilor psihice.

Acel „**dare to care**“ vrea să exprime **opoziția** în raport cu efectul pervaziv al excluderii sociale a bolnavilor psihici, deoarece exact această stigmatizare și discriminare rezultată din frica ancestrală ce ne domină inconștientul colectiv în raport cu *anormalitatea mentală* este aceea ce-i determină pe cei în cauză, cât și familiile lor să se îndepărteze de nevoia reală de a căuta tratament, fiind bine cunoscute situațiile în care *acești nefericiți* ajung cu ușurință pradă practicilor șamanice.

Încercând să analizăm în profunzime, aceste cuvinte sunt încărcate simbolic de întreaga suferință neexprimată a bolnavilor psihici, deoarece pornind de la concepția

populară „*fiecare sat e cu al său nebun*” și până la situația în care spitalele de profil erau situate undeva departe, în afara comunităților, nu este reliefat decât acel sintetic a trăi într-o **pararealitate** – creată într-adevăr de inechivocul tulburării psihice, dar întreținută de comportamentul involuntar și de nestăpânit al acelor mulți, ce „au avut privilegiul” de a fi sănătoși. La un moment dat, atunci când atitudinile de reprobare devin extreme – de multe ori chiar din partea acelor pe care *neînțelesul bolnav psihic* „se bizuie” – rămâne întrebarea: „*Unde este adevărata sănătate psihică?*”. Sau, altfel spus, deși nu ne dăm seama, răutatea umană, agresivitatea „cizelată” prin cultură și carieră, egocentrismul dublat de denigrarea „celui slab”, deși nu vizează nici pe departe aria psihiatriei, sunt totuși mai periculoase.

Din păcate, există o *frică* întreținută istoric în raport cu bolnavul psihic. Primul lucru la care cei din jur se gândesc este acela că integritatea – **fizică sau psihică** – le-ar putea fi prin ceva primejduită numai de simpla apropiere a „nebulului”, când, de fapt, el este **un om în suferință**, un OM care, chiar și atunci când comite acte necugetate, acestea nu sunt decât o tentativă inconștientă, primitivă și disperată de a cere ajutorul.

Mai dureros este însă atunci când nici măcar medicii psihiatri *nu au curajul* de a se apropia de „EU-I răvășit de boală” – în sensul stabilirii unei **comunicări autentice**, chiar dacă aceasta este văzută în cel mai amplu înțeles al termenului, acela al *regizării* într-o lume fantasmatică. Societatea însăși a creat rolul medicului spre „a se debarasa” în sens metaforic de durerea provocată la contactul cu bolnavul psihic. Din această perspectivă, psihiatria este „sacră și empirică”, dominată de comunicare la cel mai profund nivel al umanului, căci „*rezonanța de la inconștient la inconștient postulează singura realitate existentă*” (după Laplanche, 1994). Deși am intrat în mileniul III, am întâlnit medici pentru care ideea de a trata *un schizofren în acut* legat și izolat într-o cameră pustie, cu sufletul pradă unor tensionări și detensionări absurde – rămâne o axiomă. Și atunci ne întrebăm din nou: „*Inconștientul cui este mai agresiv?*”. Sau întotdeauna găsim o justificare în apărarea **propriului Eu**?

Pornind de la această idee, ne gândim: ce ne apărăm prin frica ancestrală de bolnavul psihic – conștientul sau inconștientul? Realitatea sau potențialul? Ori, poate, suspiciunea că **umbra noastră** (acea parte primitivă, nedorită și reprimată a personalității) ar putea aminti prin ceva de *anormalitate*?! Ne apărăm de fapt de propriul contra-transfer, ne este frică de ce am putea auzi sau simți, nu atunci când *diagnosticăm*, ci când **devenim ascultători și receptăm disperarea unei personalități scindate**, atunci când ne temem – în orice formă de psihoterapie – că izbucnirea de durere a pacientului ne-ar putea readuce în minte afecte, emoții, traume uitate, în fața cărora **EU-I nostru profesional, meșteșugit construit în analize didactice**, ar putea totuși să cedeze. Chintesența celui „**a îndrăzni să te implice**” în tratarea bolilor psihice subliniază nu numai dezideratul psihiatriei, ci **onoarea psihoterapeutului însuși**.

fil
ic
ar
ut
e
ic
el
si
e

J
r
,
:
:
:
:
/
:

CAPITOLUL 1

Elemente integrative ale psihologiei medicale a prezentului

*„Unde vei găsi cuvântul ce exprimă adevărul ...”
(M. Eminescu)*

1.1. Rolul psihologului în spital – de la diagnoza personalității bolnavului la ascultarea empatică

Medicina este *sacerdotală*, cerând *sublimare* supremă – ca premisă a unei moralități exemplare. Din păcate, o dată cu tehnologizarea și informatizarea sistemului, s-a pierdut din vedere, puțin câte puțin, *pacientul*, ca **persoană** ce are nevoie de altă **persoană**. S-a disipat *partea afectivă*, acea disponibilitate *de a fi alături* de cel ce ne solicită sprijinul în situația particulară de boală – văzută ca un element de ruptură în firul evoluției sale. Rolul **psihologului** într-un spital se justifică, într-o primă interpretare, pornind de la ideea că medicii *nu au timp* sau *nu sunt antrenați* să gândească din această perspectivă. Posedăm un vast sistem de cunoștințe, dar nimeni nu ne învață descifrarea limbajului de coduri alcătuit din *paramesajele verbale* sau *non-verbale* ale pacientului. **Psihologul** își găsește locul în *medierea* acestei relații, prin utilizarea la valențe superioare a **comunicării** interumane – ca o condiție fundamentală a propedeuticii terapeutice.

☞ Pe de-o parte, ne vom referi la suportul **empatic** oferit celui aflat în situația de *criză*, interacțiunea psihologică putând să ofere acel „plus” de **ascultare** și **încurajare**, dincolo de uzitul *diagnostic*. Este vorba de *personificare*, *adresabilitate autentică* și interes investit în **a afla dimensiunea umană** ce se ascunde în spatele aspectelor medicale centrate de clasicul „*cazul de la patul X*”.

☞ Un **examen psihologic** furnizează informații multiple asupra **personalității** – integrată unitar –, astfel încât *trăsăturile trecutului* ne orientează asupra a *cum știe* cel în cauză *să fie bolnav* – se analizează situațiile standard prin care pacientul trece în viață (viroze intercurente, tratamente stomatologice). Aflăm astfel comportamentul preferențial de adoptare a *rolului* – tranzitor sau îndelungat (influențat de gradul de cultură) – de la abordarea cu stoicism, în care pacientul devine victima propriei îndârjiri, la modelele latine dominate de lamentativitate – boala făcută publică în *urcarea unei* satisfacții afective imediate – ce generează o securizare prin implicarea colectivității și până la „profesionalizarea” acestei conduite (după F. Tudose, 1997).

☞ În virtutea unei suspiciozități de fond, **medicul** este înclinat uneori să creadă că pacienții – din diferite motive – își „supralicitează” simptomele, în timp ce **psihologul**.

reunind dimensiunea medicală cu cea motivațional-volitivă și socială a bolii, este convins că oamenii **nu** vin să *păcălească* personalul calificat, nemulțumirile lor trebuind înscrise într-un cadru mai larg, deoarece, chiar și atunci când vor ceva la limita aspectelor legale, ei au totuși *o problemă*, motiv pentru care în discuție nu trebuie puse „bariere”, căci acestea ar fi exponente ale medicinei defensive (după S.C. Oană, 1997).

☞ Ideal ar fi ca pacientul să consulte un psiholog cât mai apropiat de momentul perturbării sănătății sale, chiar dacă aceasta este una de ordin exclusiv somatic, deoarece, pe măsură ce trece timpul, are loc *psihizarea* prin care se certifică **percepția de a fi bolnav**, ce modifică *stilul de viață și raportarea la propriul Eu*. O elementară profilaxie din partea unui psihoterapeut avizat ar trebui să marșeze pe **sustinerea personalității**, protejându-l pe cel în cauză de la a-și distruge – inconștient și fără voie – mai mult decât boala însăși. Training-ul autogen Schultz este o tehnică adjuvantă de succes, în starea de relaxare putându-se induce sugestii țintite pe simptom, chiar și când acesta este predominant de natură organică, pentru a influența *trăirea psihică adiacentă*. Din păcate însă, doctorul încearcă mai întâi să abordeze cazul singur și dintr-o perspectivă oarecum unidirecțională, pentru a-i lăsa pacientului sentimentul că deține controlul absolut, făcând apel la ajutorul psihologului abia atunci când *eticheta* de bolnav își face simțite conotațiile adverse.

☞ **Boala** poate fi tratată cu succes de către doctor, în timp ce *ideea de boală*, uneori, persistă. Un medic experimentat și cu răbdare (acel atribut și element psihologic necesar succesului, dar pe care presiunea minutelor dedicate anamnezei, rutina, „tocirea” emoțională sau incertitudinile personale îl erodează) ar putea rezolva și acest impas. Numai că nu întotdeauna pacientul se lasă atât de ușor convins în a renunța la acest *rol*, atâta timp cât scopul „*ascuns*” ar putea să **nu** fie vindecarea, ci simpla liniștire a disperării interioare într-un climat de intimitate – atunci când individul a epuizat deja suportul familiei, cercul de prieteni sau sursele din mass-media. Acceptul mutual al *celuilalt* este „cerut” profund înaintea competenței profesionale (după S.C. Oană). Semnificativă devine **munca psihologului** de a „scoate la iveală” beneficiile obținute astfel și mutarea centrului de greutate asupra altor aspecte ale existenței, descoperirea acelor sectoare ale vieții ce ar putea compensa, aducând *în real* substitutul de *împlinire* căutat în boală. Într-un al doilea pas, se impune a arăta bolnavului **respect** pentru tot ceea ce el reprezintă ca *ființă*, gest ce cupează anxietatea și stopează regresia.

☞ **Medicul** este apreciat în primul rând pentru *ce spune*, în timp ce **psihologul** – pentru maniera în care *știe să asculte*, își exprimă bunăvoința față de faptul că celălalt îi vorbește. Pacienții sunt toleranți în raport cu lipsa cunoștințelor, a mijloacelor de diagnostic, a medicamentelor, a confortului spitalicesc sau chiar cu ineficiența terapiei, dar nu pot admite atitudinea de ostilitate sau rejecție, lipsa de considerație, inegalitatea în fața șanselor de tratament.

☞ **Psihologul** este cel mai în măsură să înțeleagă individul dintr-o privire complexă, deoarece în viziunea acestuia „*orice boală pleacă de la o supărare*” – gândire ce depășește *biologicul* spre social și reproduce mentalitatea primitivă ținând de *modelul fantasmatic*. Nu sunt de neglijat *punctul critic, insuccesele și frustrările* proiectate în ceea ce pacientul denumeste generic „*mi-e rău!*”. *Povestirea, rememorarea psihotraumelor* – în raport cu care medicii trăiesc o apriorică ostilitate – creează nu numai catharsis, ci și *o reorganizare cognitivă*, ce atrage după sine o

restructurare afectivă, urmată de o *reînvățare* în latura pozitivă – a parcurgerii drumului invers, spre **valorizarea sănătății prezente** – ca *cel mai bun mod în care cel în cauză se poate simți ținând cont de vârsta și problemele inerente „funcționării” propriului organism*. Astfel, dincolo de întrebarea banală „Care e problema dumneavoastră?”, utile în înțelegerea bolii devin și aspecte de tipul – „Ce credeți că a provocat-o?”, vindecarea presupunând și „ștergerea” acestui „agent patogen” din mintea bolnavului. Negociind simbolic „oferta” acestuia prin interogări de tipul: „De ce credeți că boala a apărut în acest moment?” sau „Ce fel de tratament v-ar face să fiți mai bine?”, psihologul preia o parte din tensiunea interioară a medicului, ce este permanent asaltat de speranța pacienților de a obține **sănătatea ideală** (acel „cum aș vrea să fiu”) și de a auzi **ceea ce își doresc**. Dincolo de funcția transcendentală a acestor întrebări, prin profesionalism doctorul trebuie să-și impună atitudinea și părerea corectă. Întrebările au și o altă justificare obiectivă, căci celui în cauză riscă să-i fie puse în spate toate insuccesele celor la care pacientul a fost anterior (după F. Tudose).

☞ **Rolul psihologului** se evidențiază inclusiv în restructurarea ierarhiei aspirațiilor și performanțelor, deoarece omul este înclinat să se imagineze într-o perpetuă ascensiune – având nevoie de asigurarea *nivelului biologic primar* (atingerea optimului energetic) și numai apoi reușind să-și urmărească *autodezvoltarea* spirituală. În condițiile unei afecțiuni cronice, pentru atingerea satisfacției – ca parametru subiectiv al fericirii actuale – este necesară abordarea unei **optici inverse** – a face individul să adere la preocupări superioare, „uitându-și” dezechilibrul parametrilor fizici și biochimici. Dintr-o abordare holistică, regăsim **acceptul propriei sănătăți** – aici intrând particularitățile fiziologice, ciclicitatea firească a evoluției organismului ca sistem, limitele „plajei” aduse de antecedentele heredo-colaterale, patologia sumată, chinul durerii fizice sau morale și pierderile afective. Dezintegrarea treptată a mirajului tinereții implică remodelarea periodică a imaginii corporale, percepută ca *traumă narcisică*.

1.2. Atuurile echipei *medic-psiholog*, în managementul terapeutic

Obiectivul fundamental al politicilor de sănătate este atins atunci când oamenii doresc realmente să-și îngrijească **singuri** sănătatea. Pentru aceasta trebuie să capete anumite aptitudini și să parcurgă niște *pași* de la teorie, informație la demonstrație, analiză, exercițiu, în care feedback-ul de la cineva instruit și practica rămân fundamentale (după T. Schaffter, 1997). Din păcate, de cele mai multe ori, noi ne oprim la teorie. Nevoia unui psiholog în spital – indiferent de profilul acestuia – își face actualmente din ce în ce mai simțită prezența. Lumea contemporană ne aduce în prim-plan ideea că numărul **nevroticilor** este imens, individul pierzându-și capacitatea de a rezista în fața dimensiunii sociale a **stresului colectiv** la care suntem supuși de „actuala lege a junglei”. Fenomenul cunoaște o reală amploare – dovadă faptul că în orice secție medicală, alături de diagnosticul de fond, regăsim sintagme de tipul: „*Nevroză anxioasă*”, „*Tulburare depresivă reactivă*”, „*Spasmofilie normocalcemică*” (!). Aici intervine un alt **important sector** al muncii în echipă, în care **rolul psihologului** se conturează pregnant.

Ne vom opri la câteva sugestive exemplificări, pornind cu serviciul de **endocrinologie**, unde de multe ori ajung pacienți pentru care *deficitul volițional* este semnificativ mai mare decât dezechilibrul hormonal – a se vedea cei ce asociază obezitate, diabet și hipertensiune, dar la care simptomatologia și perturbările biochimice, umorale sunt bine compensate, în timp ce tulburarea actuală o reprezintă *bulimia*. În secțiile de **dermatologie**, „*saltul de la psihic la somatic*” este puternic, *trăirea* bolii fiind direct influențată de structura particulară a conduitei, știut fiind cum *gratage*-ul este forma deghezată de manifestare a angoasei. Pielea este un fidel traductor al perturbărilor emoționale, *atopia* neexistând în afara unei personalități cu tendințe accentuate – *labilitate dispozițională, impresionabilitate și sensibilitate*, în spatele cărora se ascund *impulsiuni autolitice*. **Nevoia de afecțiune** este o importantă „pârghie”, căci se dorește **acceptarea** „pe orice căi”, chiar cu prețul compătimirii, iar atunci când „obiectivul” nu e atins, apar suferința și victimizarea – ca o perfidă compensare.

O elementară psihoterapie trebuie să pornească de la *redobândirea controlului* asupra sinelui, a cărui pierdere este conștientizată și exprimată plastic în metafore banale, de tipul „*am pierdut hăturile*”, subiectul adresându-se doctorului ca unei persoane cu **autoritatea** atât de necesară *imaturității*. Ei se prezintă pentru internare, fără a fi neapărat „o urgență” medicală, ci mai degrabă una de ordin psihologic, „cerând” spitalul, ca un cadru instituționalizat, sever, lipsit de permisivitatea de care singuri nu pot face abstracție. Această categorie de bolnavi se situează aprioric într-o relație terapeutică de tipul „părinte-copil”, sugerând primele faze ale dezvoltării afective *sau*, uneori, într-una de tipul „profesor-elev”, când funcția unui Supra-Eu rigid devine imperioasă. Se încarcă astfel rețeaua curativă spitalicească, cei în cauză având o nevoie *strict subiectivă* de internare, când, de fapt, psihicul lor *aparte* ar permite câtorva ședințe de psihoterapie – asociate primului consult de specialitate – să rezolve **problema pentru mai mult timp**. Deși explicațiile sunt „la îndemână”, *a lucra* – psihologic vorbind – cu acești pacienți, nu este chiar simplu, firile *senzitive și suspicioase* considerându-se *jignite* de recomandarea examenului psihologic, interpretându-l ca o îndoială ce planează asupra autenticității lor suferințe. Pe de altă parte, pierderea hotărârii și perseverenței voinței îi face să aștepte „*din afară*” – *de la un medic sau pastilă miraculoasă și rapida vindecare*, ce în propria viziune este lipsită total de orice efort de mobilizare energetică.

În relația directă cu pacienții, latura empatică, aptitudinile imaginative și abilitatea de a-l face *pe celălalt, aflat în suferință*, să-și deschidă sufletul sunt esențiale. Această **nevoie** este din ce în ce mai conștientizată astăzi când **comunicarea** reprezintă condiția princeps a oricărui act medical. Timpul nostru este „împărțit” între importanța acordată datelor de laborator și cel „destinat” interpretării semnelor fizice. Și asta ne afectează **calitatea de doctor**, ținând cont de faptul că această știință – de la practicile șamanice sau religioase și până la *medicina mileniului III* – a fost centrată de efectul cathartic și de anxioliză al interacționării interumane. Acel „*ia-ți patul tău și umblă*” exprimă o comunicare imperativă, în care mesajele explicite și implicite sunt depășite prin sugestie. Chiar și la Delphi, omul mergea pentru a comunica! (după F. Tudose, 1997). Lumea „în schimbare” face ca sofisticate aparate computerizate, camere special amenajate, ce mimează o *călduroasă* primire novicilor, să înlocuiască clasicul dialog *face-to-face*. Se deformează imaginea profesiei prin cunoașterea pacientului ca „obiect de studiu”. Medicul își păstrează aura de „*zeu*”, dominând de la distanță și impunându-și prestigiul prin atuul indus de *complicatele „mașinării” destinate*

cunoașterii trupului și uneori (de ce nu?) și gândurilor celui bolnav. Informatizarea sistemului impune distanță, alături de o doză de „răceală afectivă”, când într-un cabinet *aparent* primitor, pacientul – legat de fire *sau* singur în fața unui ecran – așteaptă cu spaimă și speranță verdictul unui produs al tehnologiei de lux. Comunicarea trebuie să fie directă, nemediată și „față în față”, căci ochiul dă și ia mesaje simultan. Din această perspectivă, schema clasică a comunicării se îmbogățește cu noi valențe: „a emite” – se ridică la rang de **a exprima**, iar „a percepe” – devine similar cu **a înțelege**. La prima întâlnire cu pacientul, odată stabilit dialogul, se câștigă sau se pierde „partida de mare terapeut”.

Această omnipotență este doar *aparență*, dincolo de care există personalitatea reală a acestui *descendent al lui Hipocrate*. Este bine cunoscută *frica pacienților* asociată de multe ori cu o rușine socializată în raport cu propriile trăiri. Ceea ce se cunoaște mai puțin este *frica doctorului* (mascată de puterea statutului și securizarea indusă de *imagistica* modernă) – în raport cu receptarea simptomelor asociate cu o fatidică semnificație, angoasa de a pune *un anumit* diagnostic, drama de a fi *cel ce aduce veștile proaste*.

A susține – în sensul de **a prelua** parțial **problemele** medicului, evitându-i excesiva *încărcare* emoțională –, **iată cel de-al doilea rol major al psihologului** în cadrul unei instituții sanitare de anvergură, unde rulajul pacienților este mare, bolile sunt grave, iar *consumul interior afectiv* al celor ce **vindecă** – suportat în consecință.

Medicul este format dintr-o perspectivă strict alopată, operează cu raționamente pozitivistice și este învățat **să eradicheze**, restabilind „ordinea” inițială în *bunul mers* al organismului. Când acest deziderat nu mai poate fi atins, frustrarea este resimțită acut, deoarece este lezat nucleul profund al competenței, *acel a nu putea duce la împlinire, a nu-ți putea realiza menirea pentru care a-i fost pregătit*. Într-o asemenea dureroasă situație, este resimțită inconștient necesitatea protecției Eu-lui prin dorința de a se „debarasa” cât mai repede de un pacient *sortit eșecului terapeutic*. Latent acționează o anxietate difuză, împiedicându-ne să punem suplimentare întrebări necesare *sau* să receptăm mesaje subliminale, de teama ca nu care cumva cel în cauză să nu invoce simptome ce ies din „paturile procustiene” ale nomenclatoarelor diagnostice sau să aibă „ceva” ce nu știm să tratăm.

De-abia atunci se face simțită prezența cuiva avizat pentru a face față **afectiv** cazurilor pentru care medicul nu a fost pregătit. La aflarea *prognosticului infaust*, medicul curant, care până mai înainte își făcea cu regularitate vizitele, evită – *voit sau fără a-și da seama* – contactul cu sărmanul nefericit și caută **psihologul** pentru a aborda dimensiunea transcendentă a existenței noastre banale, problema demnității în suferință, a libertății decizionale, a respectului cerut și dăruit. În sarcina acestuia cade atât suportul mutual acordat *celui disperat* în traversarea **fazelor de doliu**, dar și „salvarea” doctorului, din al cărui ton se sesizează dorința ardentă de a uita cât mai repede și de a-și continua investigarea următorului pacient – cu evidente șanse de curabilitate. Profesionalismul este înalt corelat cu inutilitatea meseriei și insatisfacția, în fața unui bolnav ce mai are puțin timp de trăit. *Am cunoscut o renumită doctoriță, ale cărei cunoștințe vaste erau dublate de implicare maximă, luptând până la contactul devastator cu ultimele zile de viață, când transfera pacientul într-un alt salon, atitudine ce exprimă frica imperceptibilă de a-și accepta limitele*.

Fiecare dintre noi – **medic** sau **pacient** – apelăm uneori – altădată cu timiditate, acum cu o infimă doză de „snobism” – la **ajutorul unui psiholog**, din impresia *de a fi*

mai puternici, a deține un plus informațional care, cândva, ar putea fi de ajutor. Ne mândrim cu „învingerea” universului intergalactic, dar în fiecare moment rămân în urmă indivizi ce sunt victime ale propriei lor nesiguranțe, demonstrându-se încă o dată cum cucerirea autocontrolului în universul propriu subiectiv a rămas cea mai trainică redută.

1.3. *Reflectare și reformulare* în actul medical

Situația de bolnav este o zonă de rutină a comportamentului, în care apar perturbări grosolane, puternic negative, ce modifică biologicul, psihologicul, statutul și rolul social al individului. Există cinci stadii prin care fiecare trece la confruntarea cu boala:

- apariția simptomatologiei – acel „*ceva nu este în regulă*”;
- asumarea rolului de bolnav – „*cineva are nevoie de doctor*”;
- faza de contact medical;
- etapa de *rol de pacient* dependent de decizia medicală;
- vindecarea – *renunțarea la rolul de bolnav* (după F. Tudose, 1997).

Sunt cunoscute multiple situații când pacientul nu vrea să „iasă” din boală, datorită interesului ce i se acordă și plusului de afectivitate. Cu cât inconștientul celui în cauză a acumulat mai multe frustrări, cu atât crește reacția de aderență la acest rol. Bătrânii se simt abandonați, percep altfel durata întâlnirii și timpul terapeutic, frecvent se refugiază în protecția spitalului, fiind greu de externat. Pentru ei, vindecarea este *altceva*. Când nu mai simt comunicarea empatică a medicului, devin revendicativi și printr-un cerc vicios antrenează un comportament de rejecție din partea personalului.

În orice act terapeutic nu trebuie să uităm „**oferta bolnavului**”, despre care vorbea Balint. Astfel, orice pacient are trei dorințe principale: ca doctorul să-i confirme propriile simptome, să-i risipească misterul asupra bolii și să fie ascultat (bolnavului îi face plăcere să vorbească despre boala sa).

Situația de a fi bolnav

Doar anxioșii și hipocondriacii vin de prima dată la medic. Din păcate, noi nu știm exact ce înseamnă **sănătatea**. Sunt persoane ce o idealizează, când de fapt ea este o stare de normalitate. O dată cu ieșirea din rolul de pacient, ar trebui să se atingă stadiul anterior bolii, dar aceasta redeșteaptă o serie de temeri și complexe din adâncurile abisale ale psihismului.

Manipularea durerii în terapie

Momentul nașterii este puternic înscris arhetipal în inconștientul colectiv ce ține de un model cultural. Durerea nu are posibilități de evaluare, fiind un fenomen pur subiectiv, care în cultura creștină reprezintă pedeapsa simbolică legată de păcatul originar al umanității. În schimbul durerii, recapeți funcția demiurgică de a crea o altă ființă.

În cancer, dacă prognosticul este bun, durerea este vag resimțită, în timp ce un prognostic prost este asociat cu o durere intensă, chiar în lipsa unor factori obiectivi. Deși există analgezice mai puternice, bolnavii cer *la schimb* morfină (o lume imaginară), ca o compensare pentru drama biologică. Durerea poate fi manipulată simbolic – „*ea mi-a salvat viața*” sau „*m-a făcut să mă duc la doctor din timp*”.

Modele ale relației medic-pacient:

➤ activ-pasiv,

în care bolnavul se supune orbește – „*am venit să mă faceți bine*”, „încredințând” simptomele medicului ce preia toată responsabilitatea;

➤ participarea mutuală,

în care medicul acceptă tacit cererile bolnavului, fără a le negocia direct;

➤ profesor-student,

în care doctorul expune teoria despre boală, iar pacientul speră în vindecare ;

➤ modelul relațiilor familiale, când

medicul trece din poziția de *dușman al bolii*, în aceea de *prieten*, cu mențiunea că această relație trebuie să se oprească la simpatie, fără a avansa spre erotizare.

Vizitele făcute în spital cu toată echipa medicală lipsesc individul de sentimentul unicității sale ca om, infantilizându-l în rolul de bolnav (G. Ionescu, 1995). Trebuie evitată relația de tip părinte-copil, în favoarea unei colaborări între doi adulți responsabili, fără ca doctorul să profite de regresia dată de boală. Altfel, nu mai există complianța terapeutică, ori pacientul trebuie stimulat să înțeleagă ce are și de ce face un anumit tratament.

De multe ori, bolnavii vin cu dorința de a auzi ceva anume, fapt ce face loc unor „negocieri” simbolice: el sugerează un diagnostic și, dacă interpretările medicului nu corespund cu dorințele sale ascunse, revine la o nouă consultație cu o altă paletă de simptome, pentru a oferi informații suplimentare în vederea concluziilor pe care și le dorește. Vibrația de la inconștient la inconștient te determină să-i comunică, în virtutea unui beneficiu terapeutic, și acea parte perpetuu imaginată.

Veștile proaste

Nimeni nu trebuie mințit, căci asta ține inclusiv de un infantilism al medicului. Independent de modelele culturale și de personalitatea fiecărui bolnav, rămâne ideea că o astfel de știre nu trebuie dată brutal: *e ceva în neregulă... mai repetăm analizele... nu-ți merge bine... ne mai sfătuim cu un alt doctor... poate trebuie un tratament mai dur... extirpăm tumora... mai durează...* Dincolo de bine cunoscutele faze de doliu: **negația**, „**de ce eu?**”, „**de ce acum?**”, dacă reușești să scoți pacientul din **depresie**, este un succes terapeutic, căci acesta își trăiește cu plenitudine ultimele clipe (după S. C. Oană, 1997).

Transferul reprezintă un schimb de informație și afectivitate ce se produce conform unor modele de așteptare pe care pacientul le are în raport cu medicul. Ține de o imagine preformată despre autoritate și despre Eu-l ideal, căci doctorul este o ființă înzestrată cu cunoștințe, puterea de a schimba și determina cursul vieții, are bani, este fermecător, este o sursă de afectivitate și are o poziție socială importantă. Când așteptările sunt înșelate și deturnate, apare ostilitatea și respingerea – medicii sunt înjurați, defăimați, agresați. Erotizarea relației crește transferul. Cel în cauză trebuie să

controleze asta, deși este plăcut să fii admirat; trebuie evitată competiția directă cu pacientul, a nu aștepta să se spună „ești cel mai bun doctor“, căci asta înseamnă negăsirea satisfacțiilor în relațiile normale ale vieții.

Sub influența propriilor fantasme, medicul se implică în conținutul pozitiv sau negativ al mesajelor primite de la pacient, acordându-le propria semnificație. Suverană rămâne acea „neutralitate binevoitoare“ în raport cu trăirile pacientului, deoarece comunicarea dintre medic și acesta are un scop și un sens, nefiind un „dialog“ între egali. Experiența personală ne determină să facem *presupuneri subiective* înainte de a auzi discursul pacientului ca informație obiectivă, tot așa cum există un sexism de o agresivitate uimitoare care face ca aceste presupuneri să fie mai puternice în raport cu femeile. Prin profesie, față de celălalt, capeți capacitatea de a-i controla timpul și o parte din viață. Rămâne doar legea morală ce există în noi, căci nimeni nu-i poate „introduce“ medicului „o cantitate suplimentară“ de *moralitate*. Se capătă un drept asupra celui alt. Numărul crescut al fantasmelor din inconștient traduce de fapt **nesiguranța de sine**. *Jurământul* stabilește o filiație continuă, căci medicina este acel „a face caz cu caz“. A continua cu ultimele cuvinte, a face un rezumat, a parafraza sau a pune întrebări sunt elemente de susținere pentru copii, pentru bătrâni, pentru cei blocați afectiv. Relația doctor-pacient devine încărcată atât de satisfacții, cât și de frustrări.

Pe măsură ce medicul devine „mai renumit“, dintr-o altă perspectivă poate deveni mai vulnerabil, căci bolnavii se informează reciproc despre pretențiile și prestigiul acestuia. Ca doctor, trebuie să-ți controlezi imaginea, dar fără a încerca să pari „campionul austerității“, căci dacă pacienții nu au imaginea reală a celui ce-i tratează, nu există complianță terapeutică (după F. Tudose).

Medicul și pacientul, fără să știe, se aleg unul pe altul. În mod inconștient, el își selectează pacienții conform structurilor profunde ale personalității sale, iar aceștia îi creează imaginea. El joacă rolul său toată viața, pe când pacientul intră secvențial în rolul de bolnav. Conform acestei teorii, medicul este investit cu **putere** de către societatea ce a dorit să se debaraseze de suferința umană, „să nu-i mai apară în ochi“ și astfel a apărut funcția sacerdotală a acestei profesii: *halatul creează distanța, în fața medicului pacientul e gol, umilit, își etalează defectele, nu se mișcă, nu mai este stăpân în aceeași măsură pe voința lui... trebuie să se programeze, să aștepte, să-și arate neputința... mai există și asistenta și portarul – „spirite“ ce trebuie „îmbunate“ pentru a ajunge la „zeu“... medicul e taciturn, pare că nu înțelege cuvintele bolnavului... acesta face sacrificii – a dona sânge, a nu mai fi „întreg“*. Din **dorința de putere**, doctorul face asta și dacă nu este plătit, căci „**dacă nu poți ajunge rege, fă-te medic**“ (după S. C. Oană).

1.4. Rolul examinării psihologice în conturarea diagnosticului psihiatric

Reliefând atuurile lucrului în echipă multidisciplinară de specialiști atunci când ne confruntăm cu bolnavul psihic, propunem **un model de examen psihologic** ce ar putea fi aplicat cu succes în secțiile spitalelor de profil, fiind un real suport instrumental în conturarea diagnosticului psihiatric.

S-a vorbit și se vorbește astăzi, din ce în ce mai mult, despre *nevoia de a exista un psiholog* în aproape toate spitalele, indiferent de profilul acestora. Deși dorința medicului de suport empatic atât pentru sine, cât mai ales pentru pacient este din ce în ce mai evidentă, statutul psihologului nu este suficient definit și, din păcate, acest lucru se întâmplă mai cu seamă chiar în secțiile de psihiatrie, unde rolurile sau, mai bine spus, „atribuțiile” medicului, respectiv ale psihologului nu sunt clar statuate. Deși se simte necesitatea lucrului **împreună**, de multe ori apare între cei doi un fel de concurență – nejustificată și urmată de efecte nefaste, legată pe de-o parte de „instrumentele” utilizate în diagnostic, iar pe de alta – de „competența” și abilitatea în desfășurarea unui eventual proces psihoterapic.

Situația se poate manifesta pe o scală cu două extreme. Fie psihiatrul are tendința să controleze întregul proces de inventariere a personalității, „extinzându-se” inclusiv la aproximarea coeficientului de inteligență (deoarece rari sunt pacienții cu care timpul le permite o reală aplicare a testelor de profil), fie, la polul opus, „înglobează” în propria descriere a cazului perspectiva *predominant psiho-socială*, riscând să piardă subiecții cu manifestări subclinice, pe care psihologul i-a perceput ca fiind „în limitele largi ale normalității”.

Încercând o sumară explicitare a „rolurilor”, accentuăm ideea că psihologul este persoana avizată în calcularea exactă a QI-ului (atunci când particularitățile bolnavului permit acest lucru), precum și în administrarea și interpretarea nuanțată și complexă a testelor de personalitate. De menționat că acesta trebuie să nu se bazeze pe un singur gen de instrumente, absolutizând încrederea acordată – de exemplu – celor *proiective* (cum sunt înclinați să facă cei de formație strict analitică, ale căror subiectivism și interpretativitate depășesc cadrul obiectiv al unei investigații spitalicești, dat fiind fluxul crescut de lucru) sau ridicând la rang de „dogmă” scorurile unor chestionare efectuate în condiții mai mult sau mai puțin corecte, cu scale de minciună mai mult sau mai puțin valide (așa-numiții „*testologi*”, pentru care totul este estompat de coeficienți și cifre fixe). La fel de importante în examenul psihologic rămân **anamneza**, cu accent pe psihotraumele copilăriei, adolescenței sau anilor premergători debutului real sau aparent al bolii, precum și **impresia clinică** „filtrată” prin prisma impactului factorilor reactivi asupra disponibilității, vulnerabilității psihice a celui în cauză (reliefarea trăsăturilor personalității premorbide). Concluzia examenului nu trebuie formulată atât în termenii diagnosticului psihiatric (exceptând cazurile unde intensitatea psihopatologică a tulburării este evidentă), cât mai degrabă demonstrând personalitatea de bază a subiectului, eventualele decompensări, climatul reactiv, contextul somatogen asociat și potențialele resurse compensatorii, susceptibile unor influențe psihoterapeutice. **Materialul** astfel oferit medicului psihiatru, într-o manieră coerentă și organizată, va fi rapid prelucrat din unghiuri de vedere multiple – aducând în plus dimensiunea *biochimicului*, a *heritabilității* și *antecedentelor personale*, în virtutea cărora se pot emite opinii de tratament farmacologic și predicții evolutive. Atât de mult disputata latură *psihoterapeutică* poate fi efectuată atât de psiholog, cât și de medicul psihiatru, în funcție de formarea fiecăruia și de optima relaționare emoțională cu subiectul, de multe ori, mai ales în cadru instituționalizat, fiind posibilă, chiar recomandabilă, o *abordare în echipă*.

Raportat la cele susținute mai sus, prezentăm în continuare un **model de examinare psihologică**, bazat pe o largă baterie de teste de personalitate și susținut de *feeling-ul clinic*, în care centrale rămân **intuiția și empatia**.

Date personale		CAZUL 1		
Nume/Prenume	Elena			
Sex	Feminin			
Vârsta	30 ani			
Simptomatologie				
Menometroragii;				
Lipotimii				
Anamneza psihologică				
Psihotrauma primei căsătorii (tentativa de viol din partea prietenilor soțului)				
Relație simbiotică cu mama (foarte bolnavă)				
Comportamente ce se situează la extreme (tendințe la absolutizare)				
Relatează scene inițiatice cu conținut religios				
Impresia clinică				
Marcate elemente Hy, dar și tendințe schizoforme (coartația Eu-lui și investire în fenomene bizare)				
Teste proiective				
Arbore	Rădăcini	Lipsa identificării		Neancorare în realitate; Frustra imaturitate; Trauma în relația cu tatăl; „A nu se identifica din nimic“; Agresivitate latentă; Dedublarea Eu-lui (?) sau nevoie excesivă de tandrețe
	Trunchi	Încercare de a apărea puternică		
	Ramuri	Depășirea imaturității prin tendințe agresive		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	19 ani	
		Tipul relației	În interacțiunea cu o figură marcantă de tip masculin	
	Scindarea Eului	Posibil		
	Depresia	Nu		
Testul feței	Orbite	Libere		Angoasă; Elemente atipice;
	Construcția buzelor	Tendința la disimulare		
	„Masca“	Nu		
	Anxietatea	Marcată		
	Depresia	Nu		

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	Hy ₅ K ₄ P ₄ D ₅ Isterie cu fenomene atipice asociată cu astenodepresie
		Sublatent	H ₂ E ₂
		Latent	S ₀ M ₀ Agresivitate și impulsuni
	Tensiune agresivă; Reacții acting-out; Marcate elemente interpretative; Caracter depresiv de tip coartativ; Dependența afectivă (forma histeroidă) ce sfârșește depresiv postparoxistic; Comportament rece; Adaptare impersonală dezemoționalizată; Imaginație sterilă; Anxietate; Funcționarea în hiper- a inhibiției ce induce o mască afectivă; Comportament hipoman devalorizând relațiile interpersonale		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	17 (Sten 2)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	6
		Q4 (tensiune)	4
		Q3 (autocontrol scăzut)	3
		C (instabilitate emoțională)	0
		L (suspiciozitatea)	4
Depresie IPAT	Fără corecție	7 (Sten 3)	
	Cu corecție	12 (Sten 4)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	14 (Sten 10)
		B (inteligență)	4 (Sten 3)
		C (stabilitate emoțională)	19 (Sten 10)
		E (dominantă)	6 (Sten 5)
		F (impulsivitate)	13 (Sten 8)
		G (conformism)	11 (Sten 5)
		H (excentricitate)	15 (Sten 9)
		I (senzitivitate)	15 (Sten 10)
		L (suspiciozitate)	8 (Sten 5)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	4 (Sten 1)
		N (perspicacitate)	10 (Sten 7)
		O (insecuritate)	15 (Sten 9)
		Q1 (conservatorism)	16 (Sten 10)
		Q2 (autosuficiență)	6 (Sten 4)
		Q3 (autodisciplină)	14 (Sten 9)
		Q4 (tensiune)	2 (Sten 1)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	3 (Sten 5)
		D2 (depresie suicidară)	2 (Sten 5)
		D3 (agitație)	15 (Sten 8)
		D4 (depresie anxioasă)	4 (Sten 4)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	4 (Sten 4)
		D6 (vină și resentimente)	4 (Sten 4)
		D7 (plictiseală și retragere)	1 (Sten 3)
		Pa (paranoia)	4 (Sten 5)
		Pp (deviație psihopatică)	20 (Sten 9)
		Sc (schizofrenie)	0 (Sten 2)
		As (psihastenie)	6 (Sten 5)
		Ps (inadecvanță)	1 (Sten 2)
	Scale de minciună	Faking bad	2
		Faking good	12
Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	490	
Concluzia examenului psihologic			
Profilul unei psihopatii isterice, cu marcate elemente interpretative și anxietate comportamentală mascată, întreținută în context psihotraumatizant.			

Date personale		CAZUL 2		
Nume/Prenume	Maria			
Sex	Feminin			
Vârsta	37 ani			
Simptomatologie				
Bulimie; Creștere ponderală; Labilitate emoțională, dispoziții depresive, plâns facil, iritabilitate; anxietate difuză				
Anamneza psihologică				
Multiple frustrări afective (în antecedente – refulări și tensionări succesive, comportament „supus“, Eu adaptabil, servil, „învingându-și“ tendința la revoltă, conduita motivată de sacrificiu pentru familie; în prezent – reducerea inhibițiilor și funcționarea în hiper a mecanismelor impulsive				
Impresia clinică				
Distimie; labilitate; lamentativitate; demonstrativitate; victimizare; nevoie excesivă de tandrețe; evidentă conduită Hy				
Teste proiective				
Arbore	Rădăcini	Lipsa identificării		Neancorare în realitate; Agresivitate inconștientă îndelung acumulată; Limitarea intenționată a relațiilor sociale; Neîncredere în semeni; Ușoară înclinare „nostalgică“ spre trecut
	Trunchi	Încercare de a apărea puternică		
	Ramuri	Autocenzura marcată (dublu contur)		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	Nu	
		Tipul relației	Nu	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
Depresia	Nu			
Testul feței	Orbite	Libere, dar mici		Labilitate emoțională; Negarea problemelor (încercări nereușite de disimulare a conflictelor maritale) Marcată nevoie de afecțiune; Tendință la stabilirea de relații simbiotice
	Construcția buzelor	Multiple încercări de „a face față“		
	„Masca“	Surâs de tip tragic-comic (ecranarea perturbărilor afective)		
	Anxietatea	Da; nesiguranța de sine; teama de singurătate		
	Depresia	Nu		

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	K ₅ P ₅ D ₅ Interpretativitate cu astenodepresie
		Sublatent	
		Latent	H ₀ S ₀ E ₀ Hy ₀ M ₀ Structură sensibilă, impulsivă, imatură, cu excesivă dorință de afectivitate
	Reacții de tip isteric în fața pozelor; teamă de acțiune (blocaj sau panică), imaturitate, trăire anxioasă a așteptării și ambiguității, momente de negare a realității, agresivitate, nestatornicie în interese, folosirea relațiilor interpersonale în avantaj propriu		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	57 (Sten 9)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	16
		Q4 (tensiune)	18
		Q3 (autocontrol scăzut)	8
		C (instabilitate emoțională)	9
		L (suspiciozitatea)	6
Depresie IPAT	Fără corecție	46 (Sten 10)	
	Cu corecție	48 (Sten 10)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	15 (Sten 10)
		B (inteligență)	6 (Sten 5)
		C (stabilitate emoțională)	5 (Sten 2)
		E (dominantă)	13 (Sten 9)
		F (impulsivitate)	17 (Sten 10)
		G (conformism)	14 (Sten 7)
		H (excentricitate)	18 (Sten 10)
		I (senzitivitate)	11 (Sten 6)
		L (suspiciozitate)	11 (Sten 7)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	11 (Sten 6)
		N (perspicacitate)	11 (Sten 8)
		O (insecuritate)	21 (Sten 10)
		Q1 (conservatorism)	10 (Sten 7)
		Q2 (autosuficiență)	10 (Sten 7)
		Q3 (autodisciplină)	5 (Sten 3)
		Q4 (tensiune)	23 (Sten 10)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	14 (Sten 8)
		D2 (depresie suicidară)	12 (Sten 8)
		D3 (agitație)	11 (Sten 6)
		D4 (depresie anxioasă)	12 (Sten 7)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	17 (Sten 8)
		D6 (vină și resentimente)	16 (Sten 8)
		D7 (plictiseală și retragere)	8 (Sten 7)
		Pa (paranoia)	12 (Sten 9)
		Pp (deviație psihopatică)	9 (Sten 3)
		Sc (schizofrenie)	12 (Sten 9)
		As (psihastenie)	17 (Sten 10)
		Ps (inadecvanță)	18 (Sten 9)
	Scale de minciună	Faking bad	9
		Faking good	3
Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	390	
Concluzia examenului psihologic			
Tulburări de aspect depresiv-anxios la o structură distimo-histrionică cu fond discrinic asociat, întreținute reactiv (conflicte maritale, stres existențial)			

Date personale		CAZUL 3		
Nume/Prenume	Mirela			
Sex	Feminin			
Vârsta	32 ani			
Simptomatologie				
Galactoree; Neliniște existențială rezultată din hiperconcentrare; Atenție exagerată și dorința de a nu greși; Masca unei siguranțe de sine				
Anamneza psihologică				
Pierderea tatălui la vârsta fragedă; În antecedente relație de cuplu trăită cu dependență masochistă;				
Impresia clinică				
Rigiditate; Permanentă încordare; Acel „a ține garda sus“; Psihotraume ale trecutului (accentuarea importanței căldurii sufletești a copilăriei); Sarcină oprită în evoluție (diagnostic ginecologic: avort psihogen) – metaforă a nesiguranței relației; Psihic puternic (dorințe inconștiente puse în acțiune); Nevoie de a dăru și primi mai mult;				
Teste proiective				
Arbore	Rădăcini	Admirație pentru familia de origine; solidă ancorare		Acută nevoie de relații sociale; Eu puternic, sigur pe sine, identificat inconștient cu o figură marcantă a copilăriei; Tandrețe; Nostalgia copilăriei și ușoară înclinare spre trecut
	Trunchi	Încercări semnificative și obositoare de a face față		
	Ramuri	Dorința de comunicare interpersonală; relații puternice		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	Nu	
		Tipul relației	Nu	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
Depresia	Evidente tentative reușite de luptă			
Testul feței	Orbite	Neliniște existențială		Tendințe la a-și înfrumuseța existența; „Poftă de viață“; Risc de a nu lua în serios evenimentele semnificative
	Construcția buzelor	Tentative reușite de a depăși depresia		
	„Masca“	De tip comic		
	Anxietatea	Da; dar mascată		
	Depresia	Nu în prezent		

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	E ₅ Descărcări excitabile
		Sublatent	
		Latent	H ₀ S ₀ Hy ₀ K ₀ P ₀ D ₀ M ₀ Imaturitate; structură literal-artistică, ușor histrionică având tendințe impulsive și discret senzitivism depresiv
	Activism; Interese multiple; Psihonevroza Hy (simptomatologie conversivă); Căutări spre a se înțelege prin rațiune; Sensibilizarea ofensei; Anxietate din disperarea ce i-ar putea fi recunoscută „masca”; Gândire adolescentină; Idei obsesive; Aderență nevrotică; Fond incestuos; Perseverență; Concentrare		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	36 (Sten 7)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	9
		Q4 (tensiune)	10
		Q3 (autocontrol scăzut)	7
		C (instabilitate emoțională)	4
		L (suspiciozitatea)	6
Depresie IPAT	Fără corecție	18 (Sten 6)	
	Cu corecție	22 (Sten 6)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	8 (Sten 5)
		B (inteligență)	8 (Sten 8)
		C (stabilitate emoțională)	10 (Sten 5)
		E (dominantă)	10 (Sten 7)
		F (impulsivitate)	17 (Sten 10)
		G (conformism)	12 (Sten 5)
		H (excentricitate)	15 (Sten 9)
		I (senzitivitate)	10 (Sten 6)
		L (suspiciozitate)	10 (Sten 6)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	10 (Sten 6)
		N (perspicacitate)	7 (Sten 5)
		O (insecuritate)	15 (Sten 9)
		Q1 (conservatorism)	5 (Sten 3)
		Q2 (autosuficiență)	11 (Sten 7)
		Q3 (autodisciplină)	20 (Sten 10)
		Q4 (tensiune)	9 (Sten 6)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	4 (Sten 5)
		D2 (depresie suicidară)	0 (Sten 2)
		D3 (agitație)	11 (Sten 6)
		D4 (depresie anxioasă)	10 (Sten 6)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	6 (Sten 5)
		D6 (vină și resentimente)	5 (Sten 5)
		D7 (plictiseală și retragere)	4 (Sten 6)
		Pa (paranoia)	9 (Sten 8)
		Pp (deviație psihopatică)	15 (Sten 7)
		Sc (schizofrenie)	6 (Sten 6)
		As (psihastenie)	5 (Sten 5)
		Ps (inadecvanță)	3 (Sten 5)
	Scale de minciună	Faking bad	1
		Faking good	7
	Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	300
Concluzia examenului psihologic Profilul unei personalități de tip labil cu frustrate note anxioase în contextul nesiguranței existențiale; riscul unor descărcări de tip excitabil cu posibile reacții depresive, consecutive detensionărilor emoționale.			

Date personale		CAZUL 4		
Nume/Prenume		Cristina		
Sex		Feminin		
Vârsta		20 ani		
Simptomatologie				
Marcată scădere ponderală (BMI=15); Anorexie; Amenoree secundară; Dispoziții depresive; Idei de inutilitate, vină și resentimente; Fatigabilitate				
Anamneza psihologică				
Psihotraumă marcată a copilăriei tardive (tată alcoolic, cu tulburări de comportament); Deteriorarea relațiilor cu tatăl (complex Oedip tardiv și latent), compatibil cu viața socială, matură, cu „prețul” <i>sacrificiilor ritualice</i> ; Convingeri religioase puternice bazate pe educația bunicilor; Lipsa încadrării într-un circuit academic sau profesional concordant cu QI-ul				
Impresia clinică				
Gândire magică, anomică, ce reproduce primitivismul, mergând până la „jertfa” propriului Eu spre rezolvarea dificultăților familiare; Inconștientă putere atribuită sinelui; Anorexia este consecința ideilor obsesive („tărg” făcut cu divinitatea, de tipul ipotetico-deductiv magic: „ <i>dacă mă supun la chinuri, tată, va fi bine</i> ”); conduită de sacrificiu, după care clachează; în urmă cu câteva luni – evidentă decompensare depresivă, față de care, în momentul ușoarei reveniri din „amorțeala” psihică, simte puternice resentimente și culpabilitate; în prezent – acel ruminativ depresiv „ <i>a nu fi făcut destul</i> ”				
Teste proiective				
Arbore	Rădăcini	Tendința la identificare cu figura marcantă a copilăriei (dorința de a semăna cu tatăl)		Ruptură bruscă în relația cu tatăl, ce determină înclinație spre trecut, cu refugiu matern; Nesiguranță existențială; Frica de a nu fi acceptată; Încercări multiple de construire a unui Eu suplu, maleabil, adaptabil, din speranța de a fi dorită
	Trunchi	Tentative de a face față; Eu timid, încercând „să se înalțe”;		
	Ramuri	Frică de semeni; Relații inter-personale fragile;		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	Mica copilărie	
		Tipul relației	Pe linie paternă	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
	Depresia	Mascată (tristețe, deprimare, labilitate emoțională, plâns facil)		
Testul feței	Orbite	Puternic accentuate		Profil tipic unei tulburări de personalitate ananksta; Fond incestuos; Perseverență în idei; Nesiguranță comportamentală; Revenirea angoasei micii copilării
	Construcția buzelor	Surâs, dar în subsidiar se sesizează potențialul agresiv		
	„Masca“	De tip comic (negarea durerii morale dată de complexul nevrotogen cheltuitor de energie)		
	Anxietatea	Marcată (de prim-plan)		
	Depresia	De fundal		

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	E ₅ F ₄ Excitabilitate cu autoagresivitate (combinație tipică prim-planului tulburării obsesiv-compulsive)
		Sublatent	K ₃ H ₂ D ₂ Se acumulează oboseală, astenie și depresie
		Latent	Hy ₁ M ₁ Structură imatură (asociere de histrionism și impulsuni) cu reale valențe ale unei sensibilități artistice
	Viața fantasmatică; Tendința la autoagresiune; Slăbire marcată a sistemului de reglare, nemaiputându-și inhiba obsesiile, față de care trăiește o conștiință critică (<i>Pierre Janet</i> – „ <i>nebunia lucidă</i> ”), multiple acuze nevrotice; Comportament încordat; Conduită ireală; Simptomatologie constrictivă obsesiv-compulsivă		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	40 (Sten 7)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	15
		Q4 (tensiune)	8
		Q3 (autocontrol scăzut)	10
		C (instabilitate emoțională)	1
		L (suspiciozitatea)	6
Depresie IPAT	Fără corecție	19 (Sten 6)	
	Cu corecție	24 (Sten 6)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	14 (Sten 10)
		B (inteligență)	5 (Sten 4)
		C (stabilitate emoțională)	12 (Sten 6)
		E (dominantă)	12 (Sten 8)
		F (impulsivitate)	16 (Sten 10)
		G (conformism)	15 (Sten 8)
		H (excentricitate)	17 (Sten 10)
		I (senzitivitate)	18 (Sten 10)
		L (suspiciozitate)	13 (Sten 9)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	15 (Sten 10)
		N (perspicacitate)	12 (Sten 9)
		O (insecuritate)	20 (Sten 10)
		Q1 (conservatorism)	6 (Sten 4)
		Q2 (autosuficiență)	14 (Sten 9)
		Q3 (autodisciplină)	11 (Sten 8)
		Q4 (tensiune)	15 (Sten 10)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	7 (Sten 6)
		D2 (depresie suicidară)	7 (Sten 7)
		D3 (agitație)	8 (Sten 4)
		D4 (depresie anxioasă)	11 (Sten 7)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	7 (Sten 5)
		D6 (vină și resentimente)	14 (Sten 7)
		D7 (plictiseală și retragere)	7 (Sten 7)
		Pa (paranoia)	11 (Sten 9)
		Pp (deviație psihopatică)	11 (Sten 4)
		Sc (schizofrenie)	1 (Sten 3)
		As (psihastenie)	13 (Sten 8)
		Ps (inadecvanță)	10 (Sten 7)
	Scale de minciună	Faking bad	4
		Faking good	8
Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	450	
Concluzia examenului psihologic			
Tulburare de personalitate de tip <i>obsesiv-compulsiv</i> (ruminații autodistructive, ce reproduc gândirea anomică și se exteriorizează în comportament anorectic) <i>decompensată depresiv</i> (asociind secundar nuanțe anxioase) în context psihotraumatizant			

Date personale		CAZUL 5		
Nume/Prenume	Violeta			
Sex	Feminin			
Vârsta	26 ani			
Simptomatologie				
Preocupări obsesive pentru buna funcționare a organismului, ce să-i confirme „normalitatea” și „feminitatea” (fantasme ce se substituie nevoii de afectivitate – creșterea greutății cu 3 kg în 4 ore – „simt cum mă umflu”, cuantifică lichidele ingerate, urina). Evidente impulsii bulimice, alternând cu perioade de anorexie. Creștere ponderală, tulburări de schemă corporală cu interpretări perceptuale ireale (sugerând o interpretare delirantă) – nucleul nevrotogen actual. Preocupări crescute legate de pierderea memoriei				
Anamneza psihologică				
Marcată traumă sexual-afectivă (momentul dezvirginării, partener cu TDS, situație interpretată ca afront narcisic) ce i-a produs culpabilitate, senzitivism și sentimentul unei pedepse binemeritate; multiple refuzări cu substrat sexual; probleme de sănătate ale mamei (relație simbiotică cu aceasta; marcată tensiune intrapsihică investită în negarea durerii morale)				
Impresia clinică				
Privire evitantă, puternic senzitivism și suspiciozitate, crescute preocupări hipocondriace, comportament „doctor shopping”; Dependență psihică (de mamă, de medicamente, de cafea)				
Teste proiective				
Arbore	Rădăcini	Dorința incomplet satisfăcută de „ancorare”		Înclinație spre trecut, probleme de identificare cu imaginea cuiva din familie (probabil cu mama), „dezordine interioară”, lipsa dorinței de a găsi un suport în comunicările interumane
	Trunchi	Eu „perfecționat” acuzând nesiguranță		
	Ramuri	Lipsa relațiilor interpersonale		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	În copilăria mică	
		Tipul relației	Cu tatăl	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
	Depresia	Da, poziție tipică, depășirea mecanismelor de apărare		
Testul feței	Orbite	Libere = element patogen		Anxietate existențială, suspiciozitate, interpretativitate marcată; schi-incipient (?)
	Construcția buzelor	Tensiune interioară		
	„Masca”	Disimulare		
	Anxietatea	Da; difuză		
	Depresia	Mai profundă, dar mascată de anxietate		

Teste proiective			
Szondi Alegeri extrem de rigide (5 alegeri identice)	Formulă pulsională	Manifest	S ₅ E ₅ K ₅ D ₅ Asteno-excitabilitate, evidente elemente obse- sive, depresie, agresivitate (tensiune sadică)
		Sublatent	
		Latent	H ₀ Hy ₀ P ₀ M ₀
			Valențe artistice(histrionism), imaturitate asociată cu interpretativitate structurală, senzitivism și suspiciozitate
	Marcată nevoie de tandrețe afectivă și sexuală, refugiu în fan- tasme homoerotice, tensiune isterică (posibil în momen- tul prezent exteriorizată sub forma hipocondriei) ambivalență, Eu supradimensionat, <u>cenestopatii schizoide</u> , impulsuni, sensibi- lizarea ofensei, Eu primitiv, intransigent, raportat autist, posibil <u>schizo-histeriform</u>		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	42 (Sten 8)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	9
		Q4 (tensiune)	14
		Q3 (autocontrol scăzut)	6
		C (instabilitate emoțională)	3
		L (suspiciozitatea)	10
Depresie IPAT	Fără corecție	26 (Sten 7)	
	Cu corecție	28 (Sten 7)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	11 (Sten 7)
		B (inteligentă)	8 (Sten 8)
		C (stabilitate emoțională)	8 (Sten 4)
		E (dominantă)	12 (Sten 8)
		F (impulsivitate)	11 (Sten 7)
		G (conformism)	16 (Sten 9)
		H (excentricitate)	14 (Sten 8)
		I (senzitivitate)	14 (Sten 9)
		L (suspiciozitate)	11 (Sten 7)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	8 (Sten 4)
		N (perspicacitate)	12 (Sten 9)
		O (insecuritate)	14 (Sten 9)
		Q1 (conservatorism)	7 (Sten 5)
		Q2 (autosuficiență)	13 (Sten 8)
		Q3 (autodisciplină)	11 (Sten 7)
		Q4 (tensiune)	15 (Sten 10)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	17 (Sten 10)
		D2 (depresie suicidară)	7 (Sten 7)
		D3 (agitație)	15 (Sten 8)
		D4 (depresie anxioasă)	6 (Sten 5)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	14 (Sten 7)
		D6 (vină și resentimente)	7 (Sten 6)
		D7 (plictiseală și retragere)	8 (Sten 7)
		Pa (paranoia)	11 (Sten 9)
		Pp (deviație psihopatică)	14 (Sten 6)
		Sc (schizofrenie)	11 (Sten 8)
		As (psihastenie)	6 (Sten 5)
		Ps (inadecvanță)	7 (Sten 6)
	Scale de minciună	Faking bad	5
		Faking good	8
Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	520	
Concluzia examenului psihologic			
În momentul prezent nu sunt suficiente elemente pentru a susține un debut clinic schi-, ci mai degrabă o structură isteric – impulsivă – imatură cu evidente tendințe interpretativ senzitive ce dezvoltă reactiv ușoare tulburări depresive			

Date personale		CAZUL 6		
Nume/Prenume		Rodica		
Sex		Feminin		
Vârsta		18 ani		
Simptomatologie				
Cefalee predominant occipitală, dar și cu caracter migrator, asociată cu vertij la schimbările bruște de poziție, debutată în urmă cu un an în contextul unui sindrom de suprasolicitare psihică (examen) și reapărută pe fondul unui conflict emoțional, fără fotofobie, greață sau vărsături; somn superficial, scădere ponderală				
Anamneza psihologică				
Rezultate academice înalte, relație de conflict cu tatăl hiperautoritar, dominator, adeziv, insistent, aparent protectiv, ce i-a schimbat cursul vieții afective (trauma adolescență – separată de prietenii din cauza tatălui); marcate dureri în timpul ciclului menstrual („confirmarea virginității” cerută inconștient de tată); dorințe situate la limita conștientului de a-și „pedepsi” tatăl prin simptom				
Impresia clinică				
Rezistență scăzută la frustrare, iritabilitate, irascibilitate, „nervozitate”; elemente psihastene de structură (perfecționism, meticulozitate), anxietate, reverii diurne, scăderea self-esteemului ; neliniștită, preocupată și tensionată interior				
Teste proiective				
Arbore	Rădăcini	Lipsa dorinței de identificare cu cineva apropiat		Lipsa ancorării în realitate, accentuarea relației cu tatăl, reticență în raport cu viitorul, structură cu note rigide
	Trunchi	Evoluție „frumoasă”, armonioasă a Eului – până în prezent – <u>blocaj</u> în maturizarea personalității		
	Ramuri	Agresivitate interioară, mai mult în relația cu tatăl		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	Nu	
		Tipul relației	Nu	
	Scindarea Eu-lui	Nu		
	Depresia	Încercări de adaptare la situație		
Testul feței	Orbite	Fire veselă, ușor anxioasă		Structură „simplă”, exactă, emoționalitate reținută, agresivitate reprimată
	Construcția buzelor	Optimism structural, „deschidere” sufletească		
	„Masca”	Sesizează comicul situației		
	Anxietatea	Moderată		
	Depresia	Nu evidentă		

Teste proiective			
Szondi	Formula pulsională	Manifest	P ₅ Senzitivism, suspiciozitate, fire analitică
		Sublatent	M ₃ D ₁ E ₂ Depresie (se poate acumula în viitor) cu elemente excitabile
		Latent	H ₀ S ₀ Hy ₀ K ₀ Asteno-imaturitate și obsesionalitate
	Comportament rigid, conservator, rezistent; neîncrezătoare, dezamăgită; teamă de acțiune – adolescență inhibată; labilitate, purtare etică (se străduiește să fie înțelegătoare), anxietate conflictuală; subordonare, viață tensionată, reprimată fantasmatic, eventuale obsesii		
Scale și chestionare			
Anxietate IPAT	Scor general	42 (Sten 8)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	6
		Q4 (tensiune)	5
		Q3 (autocontrol scăzut)	4
		C (instabilitate emoțională)	16
		L (suspiciozitatea)	11
Depresie IPAT	Fără corecție	22 (Sten 6)	
	Cu corecție	25 (Sten 6)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	14 (Sten 10)
		B (inteligență)	8 (Sten 8)
		C (stabilitate emoțională)	13 (Sten 7)
		E (dominanță)	11 (Sten 8)
		F (impulsivitate)	20 (Sten 10)
		G (conformism)	11 (Sten 5)
		H (excentricitate)	16 (Sten 10)
		I (senzitivitate)	12 (Sten 7)
		L (suspiciozitate)	13 (Sten 9)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	9 (Sten 5)
		N (perspicacitate)	13 (Sten 10)
		O (insecuritate)	17 (Sten 10)
		Q1 (conservatorism)	9 (Sten 6)
		Q2 (autosuficiență)	9 (Sten 6)
		Q3 (autodisciplină)	13 (Sten 8)
		Q4 (tensiune)	13 (Sten 8)
	Scale clinice	D1 (ipocondrie)	7 (Sten 6)
		D2 (depresie suicidară)	1 (Sten 4)
		D3 (agitație)	13 (Sten 7)
		D4 (depresie anxioasă)	9 (Sten 6)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	9 (Sten 6)
		D6 (vină și resentimente)	11 (Sten 7)
		D7 (plictiseală și retragere)	4 (Sten 6)
		Pa (paranoia)	8 (Sten 7)
		Pp (deviație psihopatică)	10 (Sten 4)
		Sc (schizofrenie)	6 (Sten 6)
		As (psihastenie)	8 (Sten 6)
		Ps (inadecvanță)	7 (Sten 6)
	Scale de minciună	Faking bad	0
		Faking good	4
Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	340	

Concluzia examenului psihologic

Tulburări anxioase ce îmbracă forme psihosomatice la o structură imatur-dependență, în context reactiv familial

Date personale		CAZUL 7		
Nume/Prenume	Valentin			
Sex	Masculin			
Vârsta	18 ani			
Simptomatologie				
Idei prevalent-delirante – „vreau să simt durerea, să sufăr, să mor“, „auzeam o voce, dar acum n-o mai aud“, „eu sunt Dumnezeu și Satana“ (afirmație cu evidentă coloratură demonstrativă). Prezintă la ambele brațe leziuni superficiale („vreau să mă sinucid și am s-o fac“). Ritm și flux ideativ accelerat, ușoară incoerență la nivelul temei în discuție (trecerea de la o idee la alta) – „Un cod de viață, un verset“, „e important să-i vorbești copilului de sexualitate, să-și descopere viața“. Declară perioade de anorexie.				
Anamneza psihologică				
Rememorare obsesivă a psihotraumei pubertale (orhită, dureri, sentimente de rușine și vinovăție față de mamă). Relație tensională cu părinții și frații („vor să mă facă să sufăr, să mor lent“, „ce cuvinte urâte: mama, tata“)				
Impresia clinică				
Cooperant, interesat; labilitate emoțională extremă – trece de la euforie cu note teatrale – „parcă îmi place să sufăr“ la tristețe, deprimare, marcat comportament demonstrativ, dorință de a-și pedepsi părinții; adeviz, lamentabil; pulsuni sexuale puternice, fantasme agresive la adresa tatălui				
Teste proiective				
Arbore	Rădăcini	Lipsa dorinței de identificare cu familia („independență afectivă“)		Se exclude schi-, dar rămâne o superficializare în modul de a privi viața, „a nu se bizui pe nimic“; nu poate stabili legături interumane, acestea fiind influențate și „filtrate“ Hy
	Trunchi	Eu firav, „neterminat“		
	Ramuri	Element patognomonic: incapacitatea de a stabili relații (crăci nesprijinite unele pe altele)		
	Prezența psihotraumelor	Vârsta	În copilăria mică și la 13–14 ani	
		Tipul relației	În relația cu tatăl, respectiv, cu mama	
	Scindarea Eu-lui	Mai degrabă o „risipire“ (inautenticitate)		
Depresia	Da, de intensitate medie, trăită predominant ca refugiu în trecut			
Testul feței	Orbite	Nu sugerează o depresie <i>verra</i>		Instabilitate psiho-comportamentală, interpretare tragicomică a vieții, se străduiește demonstrativ să pară „plat afectiv“
	Construcția buzelor	Incapacitatea trăirii unor sentimente reale și plene		
	„Masca“	Da, de tip „inflexibil“, „inexpresiv“ (cu excepția privirii)		
	Anxietatea	Moderată		
	Depresia	Mai mult afirmată decât trăită		

Teste proiective

Szondi	Formula pulsională	Manifest	D ₄ P ₃ Depresie, elemente para-
		Sublatent	K ₂ S ₁ Asteno-obsesionalitate
		Latent	H ₀ Hy ₀ M ₀ E ₀ Imaturitate, structură artistică, agresivitate de fundal – potențial (auto-) distructiv
	Sexualitate pasivă, elemente inversive (<u>vectorul pulsionii sexuale</u> extrem de încărcat – h=+ !! s=-!!); nevoie excesivă de tandrețe și hiperprotecție), atacuri de panică, teamă de acțiune (angoasă), comportament <u>hipoman</u>		

Scale și chestionare

Anxietate IPAT	Scor general	41 (Sten 8)	
	Scor pe componente	O (aprehensiune)	7
		Q4 (tensiune)	14
		Q3 (autocontrol scăzut)	5
		C (instabilitate emoțională)	8
		L (suspiciozitatea)	7
Depresie IPAT	Fără corecție	68 (Sten 10)	
	Cu corecție	78 (Sten 10)	
CAQ	Scale neclinice	A (căldură afectivă)	11 (Sten 8)
		B (inteligență)	6 (Sten 5)
		C (stabilitate emoțională)	2 (Sten 1)
		E (dominanță)	15 (Sten 10)
		F (impulsivitate)	10 (Sten 6)
		G (conformism)	13 (Sten 6)
		H (excentricitate)	9 (Sten 6)
		I (senzitivitate)	14 (Sten 9)
		L (suspiciozitate)	16 (Sten 10)

Scale și chestionare			
CAQ	Scale neclinice	M (imaginație)	9 (Sten 6)
		N (perspicacitate)	8 (Sten 6)
		O (insecuritate)	19 (Sten 10)
		Q1 (conservatorism)	10 (Sten 7)
		Q2 (autosuficiență)	13 (Sten 8)
		Q3 (autodisciplină)	9 (Sten 5)
		Q4 (tensiune)	22 (Sten 10)
	Scale clinice	D1 (hipocondrie)	23 (Sten 10)
		D2 (depresie suicidară)	19 (Sten 10)
		D3 (agitație)	10 (Sten 4)
		D4 (depresie anxioasă)	14 (Sten 10)
		D5 (depresie cu energie scăzută)	24 (Sten 10)
		D6 (vină și resentimente)	22 (Sten 10)
		D7 (plictiseală și retragere)	18 (Sten 10)
		Pa (paranoia)	16 (Sten 10)
		Pp (deviație psihopatică)	7 (Sten 2)
		Sc (schizofrenie)	14 (Sten 10)
		As (psihastenie)	15 (Sten 9)
		Ps (inadecvanță)	20 (Sten 10)
	Scale de minciună	Faking bad	6
		Faking good	6
Scala de stres Holmes și Rahe (reetalonată)	Punctaj global	550	
Concluzia examenului psihologic			
Severă tulburare de personalitate de tip isteric (scurte decompensări psihotice în antecedente); în prezent – fenomenologie subpsihotică. Diagnostic diferențial – cu tulburarea de personalitate de tip borderline, tulburarea afectivă bipolară			

1.5. *Consiliere versus psihoterapie* în reintegrarea socio-profesională

Din cele anterior expuse reiese importanța **comunicării medic-pacient**, mai ales în noul context în care accentul trebuie să cadă nu atât pe diagnoza pacienților psihiatrici, cât mai ales pe **recuperarea** acestora. Rolul psihologului sau al medicului psihiatru avizat și cu formare în psihoterapie devine cu atât mai important. Ceea ce se uită însă este esențialul, banalul, punctul de plecare al oricărei *sfătuiri elementare* – ca **nevoie fundamentală** a bolnavului, mai ales în situația în care acesta se confruntă cu stigmatul de a fi pensionat medical, deoarece acest statut social particular ascunde, dacă nu în primul rând, cu siguranță într-o măsură semnificativă – o *criză existențială*.

Deși în lumea modernă tehnicile de psihoterapie s-au diversificat și îmbunătățit pe zi ce trece, apărând un fel de „supraspecializări” ce solicită practicianului o formare din ce în ce mai lungă și mai costisitoare, cei ce acced la aceste servicii sunt din ce în ce mai puțini.

Modelul pe care dorim să-l prezentăm în continuare este unul **simplist**, bazat pe **calitățile empaticе** ale celui ce practică sfătuirea și pe **nevoia de suportivitate** a pacientului pensionat medical, mai ales că în majoritatea cazurilor cu care ne confruntăm *contextul reactiv* este amplu reprezentat. De altfel, orice medic „sensibilizat” la problematica psiho-somato-socială a acestor bolnavi și cu reale disponibilități emoționale poate **ajuta** în cel mai real sens al termenului. De multe ori, *greșelile* se fac din faptul că medicii, sub presiunea timpului și a *criteriilor* ce trebuie respectate pentru „a nu pierde pensia”, extrapolează opiniile parțial valabile conform cărora *singura formă de suport „afectiv” pe care o pot oferi este menținerea gradului de invaliditate*. Motiv pentru care, atunci când, obiectiv, nu pot asigura bolnavului această *mult visată* și bine cunoscută **formă de protecție socială** a zilelor noastre, consideră că orice încercare de consiliere este o *bătălie pierdută din start*.

O umanitate **perfectă, sănătoasă, normală** este un ideal pe care îl putem realiza numai **împreună**, întinzând mâna celui de lângă noi – aflat în suferință fizică sau psihică, lăsându-ne sufletul deschis nevoii de ajutor al aproapelui. S-a spus că **secolul XXI va fi religios sau nu va fi deloc**. Să-l accepți pe cel de lângă tine cu *durerea* lui, să-l respecti, să-l înțelegi, să-l tratezi **ca pe un om**, să-l protejezi ca pe tine însuși **va fi religia viitorului**, garanția păstrării și transmiterii mai departe a marilor valori morale, culturale și de civilizație acumulate în cursul istoriei. Dezarmat, dezorientat, derutat, permanent condiționat, raportat, limitat – individului nu-i ajunge, de fapt, o singură viață să se cunoască și să învețe din propriile greșeli. Pornind de la **psihoterapia ca disciplină teoretică**, ne apropiem în demersul paginilor următoare de **profesia de psihoterapeut** – văzut *aici și acum* – în ipostazele de **om** și **creator**, a cărui menire vine să restabilească un echilibru frânt sau contorsionat undeva și să-l redea pe cel în cauză *lui însuși*, familiei, comunității și vieții. Din această perspectivă, **abnegația** și **modestia** sunt și rămân calități indispensabile. Dar primul mare obstacol ce trebuie înfruntat este **prejudecata** – ca maladie socială (închistarea, rezerva și retractarea cu

motivații jenante) la contactul cu *bolnavul psihic, în dorința de reconstrucție și recuperare a Eu-lui – a trece printr-o sită minusculă și fină munți uriași de nisip, în speranța de a găsi „un grăunte” de aur, o perlă.*

Numai că raționamentul gândirii psihoterapice ar trebui efectuat ușor în sens invers, având ca scop final **construirea** în sufletul celui afectat de suferință a **acelui instrument** cu ajutorul căruia să poată face față vieții într-o manieră *mai combativă*. Elementele prezentate în continuare sunt general valabile majorității pacienților investigați și reprezintă **un deziderat plauzibil de atins în condițiile concrete ale organizării activității de diagnoză și recuperare psihică**, mai ales că ele pot fi aplicate de medicul ce expertizează cazul, de psihiatru, psiholog sau asistent social – „deținător” al unor cunoștințe de psihologie clinică.

Elementele fundamentale ale consilierii psihologice

ROLUL CONSILIERII

- Înțelegere
- A descoperi "ceva" ce depășește cadrul mijloacelor de laborator

SCOPUL CONSILIERII

- Încredere și voință în lupta cu boala
- A vedea dincolo de aspectele medicale

REZULTATUL CONSILIERII

- Pacientul capătă *informație și sănătate*
- Importante sunt:
 - **dorința**
 - **voința**
 - **a face**

COMPORTAMENTUL EXPECTAT:

- a crea individului sentimentul de a deține mai multă putere spre a avea grijă de propria sănătate **la nivelul maxim al posibilităților sale**
- a crea un nou comportament sau a schimba "ce nu e bun"
- rezistența la provocare – a-și menține convingerile dobândite într-un mediu ce se schimbă

Informarea - ca primă nevoie a pacientului

- De multe ori, pacienții au idei preconcepute și vin la terapie spre a-și verifica *propriul mod de gândire*
- consilierea psihologică presupune **relaționare, comunicare și ajutor**
- **sfătuirea** este o trebuință fundamentală a pacienților, cu care ne confrunțăm, deoarece aceștia se caracterizează prin: resurse limitate, cunoștințe, reacții, strategii individuale nepotrivite, disabilități sau existență falsificată
- nu trebuie să ne propunem **obiective psihoterapice ample**, ci mai degrabă o simplă maturizare, dezvoltare afectivă, pentru a crește capacitatea de luare a deciziilor, spre a rezolva problemele speciale, "lupta" cu crizele emoționale, prelucrarea conflictelor interioare, îmbunătățirea relațiilor cu alții
- trebuie stimulate încercările pacientului și respectate valorile sale

Dificultăți ale intervenției terapeutice

- Atitudini de tipul "stăpânește-te", ce întrețin patologia, pacienții psihiatrici încercând "din răspuțeri" să se conformeze
- acceptarea stoică a realității nu este o soluție în lumea modernă, care presupune dezvoltarea personalității
- claritatea necorespunzătoare a sfaturilor
Amestecul de a formula verități (inaplicabilitate în practică) - de ex. sugestia de a...
- lipsa controlului pe care îl prezintă (de ex. recomandarea de renunț absolut)
- mai recomandarea de evitarea a sfaturilor și prescripțiilor - prea brutal sau, *din contră*, fără convingere
- nerespectarea dorințelor pacientului (importanța mediului cultural de proveniență)
- relație defectuoasă dată de inabilitatea *reprezentării unei căi eficiente succesive, firmă a etapelor de viitoare ("taie" sacrificiu, fără a cunoaște bine problema)*
- *lipsa unei relații de încredere, pierderea momentului potrivit, manieră neaccesibilă - ceea ce determină refuzul conștient sau inconștient al pacientului de a pune în practică soluțiile prescrise.*

Elementele importante pe care se susține procesul psihoterapeutic

- **conturarea precisă a scopului final al acestei acțiuni**
- **exemple pozitive**
- **motivație - încredere, angajament**
- **putere**
- **frică de consecințe negative - necesită cunoștințe (în sensul unei eficiente profilaxii primare); doar simpla informare nu este suficientă**
- **dorință**
- **resurse - sprijin din partea terapeutului**
- **aptitudini**

Modalități de “intervenție” a psihoterapeutului

- Dacă pentru diagnostic important este *a afla*, pentru consiliere semnificativ devine *a asculta*
- *Consilierea presupune în primul rând a ajuta pacientul să vorbească*
- “Instrumentele” utilizate sunt:
 - » întrebările deschise
 - » “trucurile” - *“Ce părere aveți despre...?”*
 - » reflectarea
 - » reformularea
 - » exprimarea în termeni complecși, dar simpli, nemedicali
 - » aptitudinea de a încuraja - *exemplele apropiate*
 - » mesajele non-verbale, pentru a manifesta interesul

Psihoterapia - ca instrument de autoajutor

- terapeutul trebuie să-și depășească dorința inconștientă de a impresiona și să aibă încredere în cunoștințele și abilitățile sale
- este necesar ca oamenii să fie instruiți pentru a căpăta aptitudinea de a-și “repara” și îngriji singuri propria sănătate psihică
- rolul consilierii și psihoterapiei este de a oferi: **teorie (informare), demonstrare și analiză**
- terapeutul este acea persoană “pricepută”, ce oferă **feed-back pentru exercițiile (“strădania”) pacientului**
- **din păcate, lipsa timpului ne face de cele mai multe ori să ne oprim la *teorie*, omițând că, în psihoterapie, *practica* este cea mai importantă**

De la limitele abordării medicale la concepția psihoterapeutică modernă

se greșește accentuându-se cunoașterea pacientului prin semnele sale fizice (ca *obiect*), nemairămânând timp pentru cunoașterea lui ca *persoană*


nu suntem învățați să descifrăm sistematic limbajul de coduri ale pacientului aflat în situația specială de bolnav

consilierea presupune depășirea mesajelor *explicite* și *implicite* prin **sugestie** - rolul **comunicării imperative**

tehnologizarea ne afectează disponibilitatea de a fi alături de cel ce ne solicită sprijinul

În psihoterapie - comunicarea **bidirecțională** este factorul princeps consilierea duce către *ieșirea din criză* prin efectul său anxiolitic

important: a vorbi la același nivel de integritate afectivă cu celălalt psihoterapia modernă ridică la rang "cheie" **empatia** - în gesturi și dialog actualmente, se pune accentul nu doar pe *modificarea personalității individului sub influența bolii*, ci și pe *utilizarea particulară a reacției terapeutului ca trigger al dorinței de vindecare a pacientului*



Comunicarea - psihologia actului medical

Fereastra deschisă:

- zona cunoscută atât de terapeut, cât și de pacient
- presupune comunicare liberă
- relaționarea este cu atât mai facilă, cu cât această zonă este mai mare
- subiectul se simte *mai în siguranță* în a se destăinui cuiva *asemănător* sieși

Fereastra ascunsă:

- zona cunoscută terapeutului, dar necunoscută celorlalți
- este o *intimitate* pe care psihoterapeutul nu și-o poate permite
- jocul ascunderii consumă o imensă cantitate de energie psihică

Fereastra oarbă:

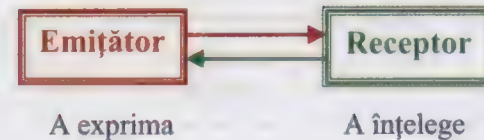
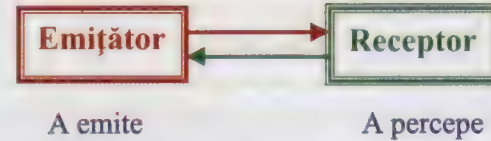
- zona necunoscută terapeutului și evidentă celorlalți
- pacienții pot cunoaște greșelile precedente ale terapeutului
- este o zonă periculoasă, deoarece pune în lumină vulnerabilitatea celui ce efectuează procesul de consiliere

Fereastra necunoscută:

- cuprinde *ceea ce nimeni nu știe* – zonă cu informație zero
- funcționarea inconștientă a acestui compartiment aduce la suprafață comportamente neașteptate, adesea negative
- universalitatea existenței ei ne explică de ce în anumite situații, în pofida eforturilor conștiente atât ale terapeutului, cât și ale pacientului, terapia totuși nu avansează

A exprima - a înțelege în actul psihoterapeutic

- procesul consilierii trebuie să fie direct, nemediat și “față în față”, respectând condițiile unei simultaneități
- de multe ori, terapeutul comunică mesaje cognitive sau senzoriale bazate pe propria sa experiență
- pacientul receptează mesajele filtrându-le prin prisma cunoștințelor sale, apărând riscul unei deformări maxime a informației
- în psihoterapie, schema clasică a comunicării **emițător - receptor**, în interacțiunea dintre terapeut și pacient, capătă noi valențe



“Bariere” apărute în procesul consilierii

- “Bariere” exterioare:

- dificultăți de exprimare sau înțelegere a subiectului
- amplasamentul - *poziția în raport cu pacientul* - exprimă tipul de relație (pentru a nu greși e importantă disponibilitatea terapeutului de a se imagina în situația inversă)
- iluminarea - *facilitează o comunicare de tip “față în față”* - importanța non-verbalului
- temperatura - cu rol în influențarea conținutului emoțional al dialogului
- ora din zi
- durata întâlnirii - de la *insuficient la mesaje redundante* (există o capacitate fizică a terapeutului de a recepta mesajele)
- ritmicitatea, fluiditatea

- “Bariere” interioare:

- implicarea terapeutului în conținutul mesajelor pacientului - *semnificația propriilor fantasme*
- frica, cuplată mai mult sau mai puțin cu rușinea - atât a pacientului, cât și a psihoterapeutului
- amenințarea statutului
- teama de a recunoaște și de a mărturisi lipsa feeling-ului într-o anumită relație terapeutică
- jena de a pune anumite întrebări
- presupuneri subiective bazate pe mai vechea experiență
- dorința inconștientă de a controla timpul și o parte din viața celuilalt
- “moralitatea” terapeutului
- nerespectarea secretelor bolnavului
- conotația emoțională a anumitor cuvinte

Consilierea - ca punct de plecare al oricărei terapii standardizate

- Consilierea trebuie să fie structurată, în nici un caz formalizată
- în psihoterapie, pacientul apreciază în primul rând modalitatea în care este ascultat și apoi ceea ce i se spune
- se recomandă o ascultare *activă, atentă, binevoitoare*
- importante devin: *a face un rezumat, parafrizarea și întrebările deschise*
- în orice formă de psihoterapie, pacienții sunt extrem de toleranți în raport cu "stagnarea" stării lor emoționale, chiar cu o ușoară înrăutățire - ce este bine cunoscută a marca etapele de început ale terapiilor mai analitice, atâta timp cât resimt ca securizant suportul empatic
- importantă este atenția pe care terapeutul o acordă **modelului fantasmatic al bolii**
- psihoterapia modernă tinde spre un model integrativ, sintetic, eclectic, spre o viziune de tip new age

Dezideratele unei consilieri elementare

- **Speranța că lucrurile se vor îndrepta în viitor** - creează celor demoralizați, neliniștiți, neputincioși și neajutorați sentimentul autoeficacității. Poate fi considerat un element de sugestie.
- **O nouă viziune asupra sa și asupra bolii** - prin oferirea informațiilor asupra perturbărilor emoționale și alternativelor de ieșire din impas. Apare posibilitatea unei noi percepții. Este vorba de un *alt* sistem explicativ ce trebuie însușit.
- **O relație prietenoasă de îngrijire** - psihoterapeuții cu succes sunt cei ce pot înțelege experiența altora, *grija* lor pentru pacient fiind percepută ca atare. Ascultarea respectuoasă, simpatia și o doză de optimism câștigă încrederea bolnavilor.
- **Construirea unei bune rețele sociale de suport emoțional** - factorii de reziliență (protectivi) necesari pentru sprijin și ajutor.

De la clasica neutralitate absolută la flexibilitate terapeutică

- atunci când ne confruntăm cu probleme de viață, un “truc” elementar de ieșire din situație este acela de a apela la *universalitatea fenomenului* - a “**chema în ajutor**” *Eu-l colectiv* - *facilitează deculpabilizarea pacientului* - *acel* “a găsi un țap ispășitor”
- dorința ardentă a celui aflat în terapie este asigurarea unei *ordini interioare*, deoarece noi ne confruntăm cu persoane dezintegrate emoțional, cu tensiuni insurmontabile create de viziuni confuze
- trebuie găsite *compensări* și construită *responsabilitatea individuală* pentru a lupta cu pasivitatea și resemnarea, mai ales că problema valorilor este, actualmente, una de natură macrosocială
- în consiliere, spre deosebire de o psihoterapie susținută, este mai puțin importantă *tehnica*, ci mai degrabă **conținutul, prelucrarea și operaționalizarea situației de viață** pe care pacientul o aduce în discuție. Decizia rămâne la latitudinea subiectului, dar terapeutul este implicat în *lămurirea lucrurilor* cu poziția sa fundamentală despre lume și viață
- esențială rămâne **păstrarea unei continuități atitudinale**

Natura relației terapeutice

- În consiliere accentul cade asupra calității relației - *căldură neposesivă, naturalețe și înțelegerea trăirilor pacientului*
- terapeutul devine un sfătuitor, un Imago - persoană de referință la care bolnavul aderă
- fantasmele subiectului operează predominant în perioadele dintre ședințele de psihoterapie, determinând un impact, o schimbare a percepției
- deși scopul depinde de problema de viață concret prezentată și de sistemul conceptual al terapeutului, pentru categoria de pacienți cu care noi ne confruntăm - nu trebuie să ometem din vedere rezolvarea "locală", "ad-hoc" - dependentă de obiceiuri și cultură. Dacă soluția terapeutică oferită este în total dezacord cu modelele educaționale apare o ruptură, o discontinuitate, pe care vindecarea pare șubredă.

Stiluri de sfătuire

Stilul directiv:

- se originează în metodele sugestive și terapiile raționale

- medicii sunt înclinați mai mult spre un astfel de stil

- terapeutul este implicat, își exprimă clar poziția și menține conducerea, judecând toate aspectele situației și soluțiile

- punctele slabe ar fi: *interogarea, neacceptarea trăirilor pacientului, moralizarea,*

- lipsa de putere, nesiguranța* nesiguranțe a terapeutului și faptul că se poate ajunge la o *persuasiune coercitivă* cu valențe *punitiv*

- se pot utiliza tehnici prescriptive

- accentul cade pe combaterea problemei - "înfrentarea fierbinte"

- pacienții cu care ne confruntăm, în marea lor majoritate, dată fiind regresia indusă de situația și statutul social particular, **cer** o astfel de terapie, în care **răspunderea** aparține mai puțin sieiși și mai mult terapeutului

Stilul non-directiv:

- presupune o atitudine facilitatoare, de sprijin și neutralitate

- este o metodă cathartică, în care terapeutul acceptă descărcările emoționale ale subiectului, rămânând suportiv

- riscul este ca pacientul să *delege* autoritatea - "*spune-mi tu ce să fac!*" - capcană în care mulți terapeuți pot cădea, pentru că "manevra" pacientului este măgulitoare

- contează particularitățile personalității și starea bolnavului, deoarece sfaturile trebuie "picurate", descurajându-se un rol prea activ al terapeutului (impunerea părerii acestuia e resimțită uneori ca o agresivitate)

- importanța acelu **self - awareness** - a-ți controla ca terapeut propriile vorbe, emoții, *a le ține "sub control"*

- rămâne **problema implicării** - de la "*a intra cu sprijin emoțional*" la *a da sfaturi*; se ajunge la asimilarea unui stil profesional și **dezvoltarea conștiinței de sine ca profesionist**

Comportamentul de “pacient pensionat medical”

- “Eticheta” de *pensionat medical* implică o puternică aderență la acest **statut**, fapt ce îngreunează psihoterapia și, în ultimă instanță, vindecarea
- reacția este indusă de frustrările ce generează interes și nevoie de afecțiune
- acești bolnavi se simt de multe ori abandonați, nu percep dimensiunile consilierii, ceea ce-i face revendicativi, atrăgând după sine un comportament de rejecție din partea personalului calificat
- cei profund afectați, deși își doresc o autentică psihoterapie, percep altfel durata întâlnirilor și timpul ședințelor, **refugiindu-se în protecția dată de statutul de “pensionat medical”**

Consilierea - ca suport psihologic al situației de a fi bolnav

renunțarea la eticheta de "pensionat medical" nu se poate face fără renunțarea la situația de bolnav

din păcate, "ieșirea" din pensie" nu concordă neapărat cu ieșirea semnății ideale (acei "cum ar vrea să fiu" pe care pacienții îl ser nescontenit ca "dispoziție" pentru "debarasarea" de rolul de "pensionat medical")

reînăin o serie de temeri, complexe, însușesc - frustările inclusiv pentru medic sau psihoterapeut, mai ales când pacientul se "profesionalizează" în acest rol

ne confruntăm cu gradul de cultură al subiecților - de la modele latine în care boala se a dus la pierderea serviciului "trebuie" încredințată publică și până la acceptarea cu stoicism a unui diagnostic grav

Psihoterapia - ca proces de *negociere simbolică*

- prin profesionalism, cel ce "oferă" consilierea trebuie să-și facă simțite părerile
terapeutul și pacientul se aleg inconștient (există un tropism în virtutea căruia bolnavii selectați
pentru psihoterapie sunt conform structurilor profunde ale personalității terapeutului, ei reușind
să contureze imaginea celui ce-i ajută)
- sunt cunoscute mai multe modele ale acestei relații: de la cel activ-pasiv, profesor-student, la cel
al relațiilor familiale și al participării mutuale
- pacientul doritor de psihoterapie nu vine neapărat să se vindece, ci, mai degrabă, el are în vedere
"a preda cuiva" criza sa existențială - solicită în primul rând înțelegerea terapeutului și abia apoi,
competența acestuia, într-un cadru de intimitate care să-i liniștească anxietatea
- rolul de psihoterapeut a fost creat pentru că societatea dorea să piardă din vedere suferința umană
- deși orice proces de consiliere presupune o anumită regresie, pacientul trebuie stimulat să
înțeleagă necesitatea acestui tip particular de relație, fapt ce-i asigură complianța
- în mod particular, pentru categoria pacienților cu o minimă rețea de suport social și afectiv,
trebuie să evităm un stil defensiv, deoarece acești oameni nu vin să păcălească medicul; chiar și
atunci când ni se pare că "nu merită pensia", cel în cauză are totuși o problemă, iar nouă - ca
terapeuți, ne revine sarcina de a-i comunica interesul pentru ceea ce i se întâmplă, chiar dacă
facem asta într-o manieră puțin histrionică
- important este a-i spune pacientului inclusiv ce vrea el să audă

Rațional și afectiv în psihoterapie

- psihoterapia s-a născut din nevoia omului de a-și comunica suferința
- uneori există *alexitimie* - incapacitatea de exteriorizare a sentimentelor, în timp ce refularea provoacă o comunicare defectuoasă prin intermediul organelor (bolile psihosomatice)
- orice formă de psihoterapie nu trebuie să piardă din vedere ideea că *“raționalitatea este folosită pentru a ne îndeplini scopurile afective”, deoarece nu realitatea îi îmbolnăvește pe oameni, ci maniera în care aceștia o interpretează*

Transfer și contratransfer

- în psihiatrie și psihoterapie transferul de problematică și de agresivitate este masiv, motiv pentru care atunci când apare blocajul în comunicarea cu pacientul, terapeutul este perceput într-o poziție de ostilitate
- transferul ține de un model de așteptare pe care pacientul îl are, de o imagine preformată despre autoritate și Eu-l ideal al terapeutului
- este legat de cunoștințe, puterea de a schimba cursul vieții, poziție socială și sursă de afectivitate
- dacă așteptările pacientului sunt înșelate apare respingerea, defăimarea
- în situația particulară în care ne referim există un mal mare risc al contratransferului negativ, deoarece ne confruntăm frecvent cu pacienți revendicativi, antipatici, ce ne solicită mult și pe care îi percepem ca *eșecuri terapeutice*
- mai ales că, de multe ori, acești pacienți vin realmente cu o experiență negativă legată de sistemul medical, motiv pentru care relația trebuie bine definită, evitată competiția și oferită simpatia și înțelegerea, spre a-i face mai "lertători"
- în toate acestea, orice terapie trebuie să se limiteze la a oferi atâta încurajare cât permite suportul real al bolii

CAPITOLUL 2

„Macrotulburări“ ale începutului de mileniu

*Noi suntem cruciați fără credință,
Un fel de Magellani încrezători
În propria-ne crudă biruință,
La care ne-nchinăm ascultători.*

*Jertfim din vise fără remușcare,
Lipsiți de-un minimum sentimental.
Privim sfârșitul nostru ca atare,
Crezând că-i doar o boală-n areal.*

*Și viitorul se transformă-n schimnic,
În fiecare moare câte-un prunc.
Eternitatea ne deplânge imnic
Căci totul se rezumă „hic et nunc“.*

2.1. Depresia

2.1.1. Principalele trăsături

Termenul de *depresie* desemnează o varietate de condiții normale și patologice. El se referă la un registru larg de manifestări afective, de la tristețea normală la melancolia ca boală severă. Există cel puțin trei accepțiuni diferite ale acestui cuvânt:

- a)** Dispoziție afectiv-negativă, omniprezentă, ușoară, trecătoare, ce apare la omul normal ca răspuns la o multitudine de aspecte neplăcute ale existenței ce trezesc insatisfacție, nemulțumire, descurajare, decepție, frustrare. Absența trăirilor afectiv-pozitive și lipsa implicării în relațiile cu alții – obiecte sau activități – disting dispoziția depresivă de tristețea normală sau demoralizare.
- b)** Un sindrom în cadrul căruia dispoziția depresivă este însoțită de lentore psihomotorie sau agitație, lipsa de speranță, preocupări suicidare, autodeprecieri, pierderea energiei, tulburări ale somnului și apetitului, modificări ale greutății, libidoului. Această construcție de manifestări subiective și obiective poate apărea în diferite boli somatice sau psihice.
- c)** O boală în cadrul căreia sindromul devine persistent și sever. Depresia ca tulburare se caracterizează printr-o anumită morbiditate, etiopatogenie, evoluție, prognostic și răspuns terapeutic.

Efectuând studii transculturale asupra incidenței și semnificației depresiei, s-a ajuns la o ierarhizare a simptomelor, astfel încât cele reținute și prezentate în continuare conturează cel mai bine *tabloul* acestei stări particulare, cu care, din păcate, ne confruntăm din ce în ce mai frecvent. Sigur că semnificative rămân întotdeauna *intensitatea* și *durata trăirii* acestei tulburări a afectivității, pentru că altfel, la un moment dat al existenței noastre cotidiene *nefericite*, am putea să ne considerăm cu toții depresivi. Este de reținut acest lucru, deoarece în clipele de criză ale unei societăți, deși tendința inconștientă la nivel de colectivitate este de a se apăra „supremația” speciei, mulți indivizi cu potențial ereditar psihopatogen își proiectează motivele bolii pe *contextul nefavorabil al vieții de astăzi*. Dintr-o perspectivă medicală însă, „*vremurile grele*” și capacitatea de adaptabilitate a fiecăruia nu sunt decât o modalitate *exterioară*, când, de fapt, *vulnerabilitatea* la traume psihologice este situată în profunzime.

Prezentăm în continuare caracterizarea episodului depresiv, „sintetizată” conform standardelor psihiatrice „*en titre*” (după G. Ionescu, 1998).

TRĂSĂTURI ESENȚIALE:

* pierderea interesului – pentru cunoaștere, instrucție, activitatea profesională, divertisment, anularea interesului estetic și erotic;

* pierderea plăcerii – sexuale, alimentare, pentru călătorii, discuții, în domeniul artistic, de cunoaștere sau de a vedea lucruri noi;

* reducerea și superficializarea somnului – Acesta este unul dintre simptomele considerate clasice, deoarece actualmente s-a constatat că există un anumit procent de pacienți depresivi ce evoluează cu hipersomnie. Reducerea și superficializarea somnului nu trebuie să pună probleme în virtutea cunoștințelor moderne clinice, căci, de cel puțin 20 de ani, o serie de autori germani au precizat și au argumentat ameliorări evidente ale stării depresive după o noapte de activism; din păcate, această „revigorare” este trecătoare. Este vorba de reorientările terapeutice – de la „pavloviana somnoterapie”, la terapia „prin priverie de somn”;

reducerea apetitului – nu este un refuz al alimentației sau negativism, acești pacienți mănâncând totuși la insistențele interlocutorului. În depresiile *relativ* majore, mai mult situaționale, ce evoluează cu stare de anxietate, se dezvoltă sentimentul insecurității, al nesiguranței și, în mod automat, mai mult sau mai puțin inconștient, ca o tendință de apărare, se recurge la supraalimentare;

pierdere ponderală – se consideră că ar fi expresia unui proces metabolic specific, al unor modificări biologice necunoscute, neelucidate; se reduce nu numai aportul alimentar, dar și consumul de energie, datorită limitării manifestărilor motorii;

bradikinezie sau „lentoare psihomotorie” – limitarea îngrijorătoare a mișcărilor; marii depresivi nu mai ies din casă, nu părăsesc patul; corelat, intervine o tendință suspectă de disimulare: privarea motorie este mascată prin acuze algice a căror localizare (ce poate fi explicată psihologic și psihanalitic) este predilectă la membrele inferioare;

ca o consecință, Kurt Schneider vorbea de reducerea elanului vital, ce face ca „*flacăra vieții insului să ardă la mică amplitudine*”. Scade angajarea comportamentală și spirituală, nu mai există inițiativă, expectații, dorințe...;

bradipsihie – răspunsurile vin mai greu, cu un anumit grad de aproximație, scade fluxul ideativ, se reduce creativitatea, capacitatea de reprezentare și imaginația;

sentimentele de incapacitate și inutilitate – cel în cauză simte sau, mai degrabă, are impresia că nu mai are randament, că viața este o povară;

sentimentele de culpabilitate, când subiectul se simte vinovat de nereușitele copiilor, de situația grea din țară, preluând asupra sa *necazurile* societății;

idei de suicid – tradițional, se considera că suicidul este o umbră a depresiei; actualmente ne restructurăm opinia, deoarece ideile și pulsunile suicidare se întâlnesc mai ales la începutul episodului, când pacientul nu este cufundat în abisul depresiei, când mai are inițiative, mai poate elabora planuri, manifestă temerare tendințe. Uneori, procedează în consecință (*până ieri mergea la serviciu, iar azi prezintă o tentativă*).

suicidară); pulsiunea revine după traversarea „crizei” depresive, în alt context motivațional, când se fac simțite și alte pulsiuni, când bolnavul este ameliorat, dorește să fie eliberat din spital, ajunge acasă și se sinucide.

TRĂSĂTURI ASOCIATE:

- catharsisul afectiv facial – clasic, se consideră că „marii depresivi” nu plâng, aceasta fiind o reacție mai mult sau mai puțin psihică a omului normal;

- anxietatea – tradițional, anxietatea era „postulată” inerentă depresiei; modern, este considerată facultativă, existând depresii ce evoluează în absența anxietății. Totuși, survine observația terapeutică ce atestă faptul că depresia și anxietatea au sorginte comună, în sensul că substanțe exclusiv antidepressive determină ameliorări în stările anxioase, reciprocă nefiind valabilă;

- crizele fobice – ideea având la bază concepția în virtutea căreia manifestările depresive și fobice au aceeași rădăcină cu anxietatea;

- idei delirante congruente cu dispoziția, cu conținut provocator de suferință (de sărăcie, de prejudiciu...) – acestea se întâlnesc mai ales la depresivii vârstnici; de fapt, nu este vorba numai de un gând cu conținut tematic sumbru, ci ansamblul ideativ păstrează coloratura negativă;

- faciesul depresiv – astăzi este ultimul element menționat în literatura de specialitate; psihiatria clasică începea cu prezentarea fizionomiei particulare (sprâncenele căzute, privirea stinsă, dezolată, capul plecat, șovăitor, nesigur, temător...). Aceste elemente pot fi prezente uneori, dar nu ne putem permite să punem un diagnostic exclusiv pe înfățișare, căci fiecare individ are o fizionomie particulară, un habitus ce nu concordă mereu cu starea psihopatologică.

O creștere progresivă a intensității și duratei marchează trecerea de la dispoziția normală la condiția de boală. Stările depresive patologice se disting prin profunzime, persistență, severitate, afectarea funcționării psihice și sociale. Persoana normală are un control mai mult sau mai puțin bun asupra dispoziției și altor trăiri. Tulburarea afectivă implică o pierdere a sentimentului controlului asupra propriilor emoții și o experiență subiectivă foarte neplăcută.

Psihologia și psihopatologia dezvoltării afirmă existența unei continuități între tristețea normală și tulburarea depresivă severă. În schimb, cercetările psihiatrice orientate către specificarea criteriilor de definire a pacientului cu tulburare depresivă subliniază discontinuitatea dintre dispoziția depresivă și condiția patologică. Ea reprezintă o modalitate de răspuns psihobiologic, care face parte din repertoriul comportamental înăscut al organismului uman. Menținerea lui de-a lungul evoluției speciei, în ciuda deficitelor performanțiale pe care le implică, denotă faptul că el îndeplinește anumite funcții. Strămoșii ce au avut capacitatea de a deveni depresivi au supraviețuit, în dauna celor ce nu au prezentat acest tip atitudinal particular! De pe poziții evolutiv-adaptative s-a formulat ipoteza că starea depresivă este legată de competiția socială, reprezentând o strategie inconștientă de renunțare, ce îi permitea individului să accepte înfrângerea în ciocnirile rituale dintre adversari și să se adapteze la o situație care altfel ar fi însemnat un rang inferior. Se consideră că omul dispune de un mecanism care îi permite să facă față competițiilor pierdute prin depresie – ca o strategie de abandon, de supunere și adaptare la conflictul produs de insucces.

2.1.2. Corelatele psiho-sociale ale fenomenului depresiv

Depresia constituie o marcată problemă de sănătate publică, nu numai prin frecvența ei, ci și prin suferința pe care o implică, incapacitatea asociată și potențialul autolitic. Mortalitatea prin suicid este mult mai mare la depresivi, ajungând până la 15% la pacienții spitalizați. Tulburarea depresivă „lovește” adesea persoanele adulte în perioada maximei lor productivități, atunci când se confruntă cu responsabilități majore în plan conjugal și social. Suferința este în primul rând a bolnavului, dar ea se răstrânge și asupra celor din jur și a comunității. Comunicarea interpersonală este afectată, participarea la viața de cuplu este perturbată, îndatoririle sunt neglijate, climatul familial se deteriorează. Dificultățile financiare ce pot apărea ca urmare a incapacității de muncă, mai mult sau mai puțin îndelungate, ridică probleme și pentru ceilalți. Necesitatea îngrijirii bolnavului depresiv amplifică solicitările cărora trebuie să le facă față membrii casei. Apar disfuncții în exercitarea rolului de părinte, fapt ce influențează comportamentul actual și viitor al copilului.

Depresia impune unei națiuni și costuri economice importante; este vorba de resursele medicale utilizate pentru îngrijire, tratament și recuperare, de reducerea productivității ca urmare a faptului că persoanele nu mai sunt capabile să-și îndeplinească în mod adecvat activitățile obișnuite, de costurile mortalității premature prin suicid, de valoarea serviciilor de asistență acordate la domiciliu etc. Având în vedere această „povară” pe care depresia o reprezintă pentru resursele unei societăți, este de subliniat importanța dezvoltării cercetărilor consacrate problemei. În SUA s-a estimat că tulburările afective reprezintă 21% din costurile aferente tuturor bolilor mintale, valoarea ridicându-se la 20,8 bilioane de dolari în 1995 și la 30,4 bilioane de dolari în 2000.

Tristețea este un răspuns normal al ființei umane la o situație neplăcută, ce provoacă insatisfacție. Ea are o valoare pozitivă, motivând persoana să înlăture efectele evenimentelor neplăcute. Soluționarea situației generatoare este însoțită de dispariția tristeții. Arietti afirmă că persoana normală este în stare să „metabolizeze” tristețea, în timp ce pacientul depresiv nu mai reușește în această încercare. Depresia patologică presupune un alt mod de resimțire a tristeții, starea afectivă negativă fiind însoțită de convingerea că ea se va menține la nesfârșit. Bolnavul simte că nu mai poate face nimic pentru a-și ameliora existența și nu întrevede modalități de recâștigare a sentimentului propriei valori. Imaginea de sine și despre viitor se modifică. Măsura în care depresivul recunoaște aceste transformări și se simte în stare să le facă față permite diferențierea depresiei ușoare de cea severă.

În ultimul sfert de veac se remarcă o amplificare a eforturilor orientate către descrierea fenomenologiei depresive și a factorilor ei cauzali.

Eterogenitatea formelor clinice ale depresiei a făcut ca elaborarea unei teorii cauzale unitare să fie dificilă. Multă vreme analiza „motivelor” a fost orientată explicit sau implicit de existența a două mari categorii de depresii: unele – predominant biologice și altele – cu un determinism prin excelență psihologic. Realitatea clinică oferă însă numeroase exemple de întrepătrundere, de interacțiune, ceea ce ne face să acceptăm astăzi ideea unei etiologii multifactoriale a bolilor psihice – în general.

- nevoie reprimată de suport social
- izolare
- refugiu în singurătate
- resimțirea accentuată a restricțiilor
- demisionari
- blocaj existențial

sfera socialului

labilitatea emoțională

- > lamentativitate
- > insecuritate
- > adevizitate la psihotraume
- > nevoie de tandrețe
- > impresionabilitate
- > evaziune în boală
- > regresie afectiv-comportamentală

- * creșterea perioadei de latență
- * frustră reducere performanțială
- * suprasolicitare
- * contact psihic deficitar

cognitivul

- * apatoabulie
- * fenomene demisive
- * autolimitare
- * defensivitate
- * blocaj în fața ambiguității
- * lipsa inițiativei
- * neîncredere

motivaționalul

- * efort de autorefulare
- * scăderea toleranței la frustrare
- * lipsa inițiativei
- * inconsecvență

volitivul

sfera pulsională

- reprimare a vieții instinctual-afective
- introversie
- sentimente autodestructive
- hipercenturare
- dependența de medicamente

- * disconfort cenestezic

- * insomnie
- * hiperbolizarea bolii
- * elemente funcționale

- > probleme de identificare
- > ticuri, grimase
- > justificare de sine nerealistă
- > susceptibilitate
- > tristețe
- > sentimente de inutilitate
- > autorepliere
- > preocupări tanatofile
- > pesimism
- > atitudini problematizante

senzitivism obsesionalitate

asp. Som. reale

ipocondria

perceperea timpului

- > refugiu în trecut
- > frica în fața noului

anxietatea

- * tensionare
- * senzație de „vid interior“
- * autoculpabilitate
- * trăire anxioasă a așteptării

rolul psihogeneiei

- >> permeabilitate față de inducții iatrogene
- >> restricții
- >> frustrări
- >> context afectiv familial și social

aspectele fizice

- tremor al vocii
- inactivism
- epuizare
- privire evitantă
- intoleranță la zgomote

DEPRESIE

2.1.3. Depresia – de la „compartimentarea“ psihiatrică la profilul complex regăsit în real

Profilul de personalitate al depresivului se află la intersecția acestor două categorii de date, trebuind să respecte exigențele folosirii termenilor psihiatrici anterior descriși, dar și să surprindă impactul stresului și al economico-socialului în ansamblu asupra vulnerabilității individului, considerat din perspectivă medico-bio-psiho-socială.

Din punct de vedere istoric, depresia este prima tulburare psihogenă recunoscută și identificată ca entitate distinctă. Cu toate că analizele teoretice și experimentale ale fenomenului duc dincolo de Hipocrate – la nivelul actual, ea rămâne una dintre cele mai confuze probleme cu care medicii, psihiatrii și psihologii clinicieni se confruntă.

Factorii etiologici în depresia non-reactivă sunt puțin cunoscuți. Multe depresii se dezvoltă de-a lungul unei perioade de luni și este adesea dificil, dacă nu imposibil, să identificăm factorii precipitanți din ambianța individului. Multe dintre simptomele fizice și emoționale prezentate sunt identice cu acelea în care anxietatea – nu depresia – este primară. Adicional faptului că originea depresiei este învăluită în mister, tratamentul generează confuzii suplimentare.

Este unanim recunoscut rolul factorilor socio-familiali în îmbolnăvire sau vindecare, motiv pentru care actul medical, în esența sa, trebuie privit din această perspectivă. Trebuie să renunțăm la preocupările pentru faptul clinic, medical în sine și să ne îndreptăm atenția asupra individului, încercând să facem și un **diagnostic personologic, nu doar nosologic** (vezi schema de la pag. 75).

2.2. Suicidul

2.2.1. De la perspectiva filozofică și literară la cea medicală

Fenomen dramatic dintotdeauna – la toate popoarele și civilizațiile – **suicidul** a atras atenția din cele mai vechi timpuri prin caracterul său incomprehensibil. Istoria vorbea de adevărate „epidemii” – perioade cu înalte incidente – ce pot fi corelate cu fenomene sociale deosebite (apariția unei cărți ca „Suferințele tânărului Werther”, moartea lui Marilyn Monroe, răspândirea unei anumite doctrine religioase, eventual filozofice – precum cele sintoiste și buddhiste ce apoteozau gestul, al doilea război mondial ce aduce în prim-plan acei „voluntari”). Actualmente, fenomenul este „la modă” – servind drept comentariu jurnaliștilor care, fără a fi psihiatri, psihologi, sociologi sau filozofi „umplu” ziarele cu problematica în cauză, încercând să acrediteze ideea că „*omul nu mai poate suporta viața asta mizeră*” și „*lumea se omoară*”. Dincolo de prezentarea mass-media, centrală rămâne teza prin care **suicidul este, în primul rând, un act cu implicații medicale**.

Pot fi făcute diferențieri transculturale și transmeridionale. Adepții anumitor religii recurg cu mai multă ușurință la suicid, tot așa cum, din punct de vedere geografic, răspândirea scade dinspre Orient spre Occident și dinspre nord spre sud. Poate nu numai catolicismul, dar și **o anumită structură psihică** a membrilor ce alcătuiesc o nație ar fi în măsură să favorizeze oarecum actul suicidar. Dimensiunea socială capătă importanță, deoarece rangul în ordinea cauzelor de deces ocupă un loc important în principalele țări ale lumii – cu aproximație la pozițiile patru, cinci sau șase, oricum, cert înaintea numărului opt.

Instanțele sau manifestările fenomenului suicidar (după G. Ionescu, 1998)

1. **Ideea de suicid** nu aparține neapărat patologiei. Orice om, cel puțin în anumite momente ale existenței, a cochetat cu acest gând, situație în care el este *o vagă eventualitate*, în mod excepțional putând deveni *o convingere*.

2. **Șantajul cu suicidul** este regăsit mai ales la adolescenți, dar și la celălalt versant descendent al vieții („*copiii nu mă mai ascultă, or să vadă ei cine le va mai purta de grijă!*”). Poate fi înscris pe un diapazon – de la extrema în care îl întâlnim **ferm invocat** („*mă omor, dacă nu mă lași să mă căsătoresc*”) și până la a fi **discret amintit, insinuat** (mai de temut!). Deși sesizăm certa nuanță de demonstrativitate, trebuie să avem grijă, deoarece individul în cauză poate încerca, fără să dorească, reușind din greșeală!

3. **Tentativa de suicid** prezintă grade variabile de autenticitate având la un pol nota de vehemență, iar la celălalt, simpla exteriorizare a victimizării. În linii foarte generale, actul suicidar ratat este „o față a lui Janus”, un strigăt de disperare, de ajutor, un avertisment că *suferința devine de nesuportat* – pe de-o parte, o mână întinsă către viață, pe de alta – o tragică renunțare. Ne-am obișnuit cu statisticile ce estimează ca fiind de zece ori mai frecvente la femeile tinere, în timp ce la cele adulte raportul este numai de trei ori mai mare. **Cu cât se avansează în vârstă, incidența tentativelor suicidare se reduce, înregistrându-se creșterea actelor suicidare reușite.** Aproximativ 30% din tentative (mai ales la sexul „slab”) sunt precedate de situații frustrante, psihotraumatizante, conflictuale. **Tentativele se desfășoară mai ales în a doua parte a zilei, spre deosebire de actele suicidare realizate, a căror proporție predomină matinal.** În fața oricărei tentative, oricât de clar îi sesizăm caracterul simulant – atât familia, cât și autoritățile competente trebuie să acorde întreaga atenție și seriozitate, ca în fața unui *joc pe muchie de cuțit*.

4. **Suicidul travestit** – orice asemenea gest impregnează cu o grea povară pe cei lăsați în urmă, „aruncându-i” într-o neagră culpabilitate. La anumite personalități cu structuri particulare (în general oameni hotărâți și cu o reală perseverență a voinței), întâlnim „construirea” unui accident – improvizat spre a-i elibera de vină pe cei apropiați („*apăs pe accelerație și se va crede că am pierdut controlul volanului*”). Ceea ce îndeamnă la nota disimulării este inclusiv sustragerea de la oprobriul grupului social.

5. **Parasuicidul** sau suicidul cronic constă în **sfidarea eventualității morții**. Exemplificările pot fi multiple – de la negarea unei intervenții chirurgicale absolut necesare la refuzul regimului alimentar în boli severe, până la ignorarea tratamentului de către un toxicoman și chiar la atracția spre cascadorie sau bravadă de tip „săritura cu coarda elastică”.

6. **Raptusul suicidar** – atunci când suicidul este parcă determinat, „împins” de o pulsione violentă și irezistibilă, încât individul nu-și „pregătește” sfârșitul, ci recurge la primul mijloc avut la îndemână, iar după trecerea acestei forțe nebănuite, în cazul eșecului tentativei, rămâne un paroxistic semn de întrebare asupra **sursei** acestei „dorințe”.

7. **Conduita suicidară** – întâlnită la vârstnicii cu boli somatice cronice, asociate cu stări depresive, ce își achită datoriile, își vizitează rudele, își rescriu testamentul, făcând în permanență apel la deziluzionantul *nimic nu mai are rost*.

Psihosociologia suicidului

Supozițiile etiologice aduse în discuție de Durckheim au fost certamente acreditate.

1. **Factorii economici** – în care ar intra perioadele de șomaj, faliment sau criză financiară, favorizează apariția suicidului; dar aportul studiilor populaționale a relevat că **nu sărăcia ar fi factorul favorizant, ci sărăcirea** (pierderea bruscă a statutului).

2. **Factorii sociologici** – tendința la marginalizare din grupul profesional sau social crește anxietatea cronică susceptibilă de a favoriza gestul. Un argument în plus ar fi faptul că în momente grave ale umanității (perioade de război, foamete, secetă) coeziunea membrilor se accentuează, îndepărtând ideea și preocupările suicidare. Din punct de vedere psihologic, situațiile excepționale sunt de natură să stingă micile conflicte individuale ale fiecăruia, făcând din drame personale evenimente absolut nesemnificative.

3. **Statutul marital** – statisticile reliefează o scădere a incidenței suicidului de la necăsătoriți la divorțați, căsătoriți fără copii și până la familiile „închegate”. Scala devine absolut validă ținând cont de faptul că în aceeași ordine întâlnim creșterea coeficientului de normalitate (cei ce aparțin psihopatologiei au mai mari șanse decât normalii de a rămâne necăsătoriți).

4. **Sexul** – **suicidul este un mod de reacție masculin, în timp ce tentativa suicidară este caracteristică structurii feminine** (similar aforismului „*femeile suferă de inimă, în timp ce bărbații mor de infarct*”).

5. **Statutul profesional** – suicidul se întâlnește mai ales în rândul celor fără profesie (acesta fiind și subgrupul populațional cu cel mai mic coeficient de normalitate). Ca un paradox, apare constatarea numărului dublu al medicilor ce se sinucid comparativ cu restul populației. Dintre specialități, cei mai „expuși” sunt chirurgii (în concordanță cu pierderea fricii de moarte prin permanenta trăire în „vecinătatea” acesteia), în timp ce mai „protejați” sunt pediatrii.

6. **Alcoolul** – frecvent incriminat în psihologia suicidului, mai ales de către specialiștii în medicina judiciară, este astăzi considerat un factor fals. Concentrația detectată la analize reprezintă mai degrabă doza de „curaj” necesară reușitei. Pe de altă parte, mulți alcoolici sunt depresivi, iar **suicidul este consecința în primul rând a depresiei și abia apoi a alcoolismului**.

7. **Factorii de habitat** – rata suicidului este mai înaltă la oraș decât în mediul rural și crește proporțional cu aglomerarea urbană. Una din explicații ar putea fi regăsită în faptul că marile metropole constituie miraje ale posibilelor realizări, fiind centre de atracție mai ales pentru cei ce ating anumite cote psihopatologice. Schimbările de mediu, precum și efortul necesar adaptării la stresul cotidian amplifică potențialul bolnav.

8. **Factorii somatici** – afecțiunile severe invalidante, mutilante sunt de natură să determine suicidul – această considerație tradițională este un fapt de bun simț, dar nu aderă la un principiu științific. Este validă din punct de vedere al logicii formale, nu și din cel al vieții concrete.

9. **Ereditatea** – nu suicidul în sine prezintă caracter transgenetic, ci bolile psihice – ca premisă a suicidului!

În ceea ce privește instanțele *fenomenului*, ele înglobează de la simpla idee la tentativa propriu-zisă. Acesta este și motivul pentru care în orice investigație psihologică trebuie luată în considerație și simpla declarație a pacientului, chiar în lipsa unor documente obiective. Analiza mijloacelor de realizare a tentativelor oferă informații asupra veridicității actului în sine, acesta întinzându-se pe o scală de la amenințarea demonstrativă la o autentică resemnare și renunțare (situație în care gestul a eșuat doar datorită șansei).

2.2.2. Motivația conduitei de sacrificiu

„**Omul este măsura tuturor lucrurilor**“ – iată axioma filozofică pe care se întemeiază întreaga noastră existență, în care centrală rămâne ideea **perfectabilității** comportamentale sub amprenta a ceea ce umanitatea însăși a creat și a denumit **civilizație**. *Politețea, moralitatea, soliditatea principiilor valorice, onestitatea văzută în sens etic, social, politic și juridic* ne situează pe poziția de **homo civitas** – produs al educației prin sine, cât și prin relații interpersonale.

Este interesant de urmărit cum în această lume a rafinamentului, conștiința superioară scoate la iveală dimensiuni ascunse, nevăzute, profund modificate ale **instinctului de conservare**. Umanitatea a trecut în cursul evoluției sale prin momente de intensitate dramatică, clipe ce au pus în pericol nu numai supraviețuirea ființei ca individualitate, ci însăși continuitatea speciei, prin chiar propria noastră exacerbare a instinctului autodistructiv. Și parcă atunci, mai mult ca oricând, omul ieșea victorios din înfruntarea cu destinul, ajungând să prețuiască la cel mai înalt nivel posibil **viața însăși**.

Privindu-ne existența din perspectivă materială, spirituală sau social-organizată, încercăm să interpretăm **actul suicidal** în societatea contemporană, deoarece *comportamentul civilizat* ne modifică inclusiv percepția – pragmatică sau filozofică – asupra morții. După cum am prezentat anterior, în decursul timpului s-au emis multiple teorii sociale menite să explice acest gest incomprehensibil, conform cărora evenimentele traumatizante ale lumii în care trăim creează o durere suflătoare de nestăpânit, prin prisma căreia viața ar deveni de nesuportat. Pe de altă parte, în perioadele încărcate de războaie, cutremure sau alte calamități naturale se înregistrează cel mai scăzut număr al sinucigașilor. Și atunci ajungem cu interpretările la celălalt pol, și anume pe tărâmul psihiatriei, când considerăm tentativa reușită ca apanajul unei boli mentale.

Rămân însă acte situate undeva la mijloc, între înțelegerea simțului comun și anormalitate, acele conduite individuale ce ar purta numele generic de **echivalențe suicidare**. Aici ar intra comportamentele de tipul sacrificiului cu nuanțe demonstrative, atracția inconștientă și expunerea la situații periculoase, la accidente care printr-o doză ușor mărită de prudență ar fi putut fi evitate. Toate își au sediul în rezorvul *inconștient*

al psihismului, transpunerea lor în comportamente corespunzătoare nefiind altceva decât „triumful” instinctualității asupra ființării, spre deosebire de situații autentice justificate de drama existenței individuale (dureri insuportabile date de o boală incurabilă, disperarea provocată de pierderea unui copil) – în care suicidul este realizat în deplinătatea funcțiilor conștiinței și dorinței de autodistrugere. Pe de altă parte, chiar și în aceste situații extreme, există oameni care în urma unei tentative eșuate ajung să se cunoască, să se înțeleagă mai bine, reușind să depășească momentul dificil, chiar cu amplificarea dorinței și speranței de supraviețuire. Este acea rezolvare *fericită* pentru finalul unor maladii incurabile, în care îngrijirile paliative sunt încununate de spulberarea depresiei și trăirea cu demnitate a ultimelor zile. Din perspectivă metapsihologică, actul suicidar reprezintă, în majoritatea cazurilor, o consecință a lipsei de adaptare și echilibrare a individului la diverite niveluri impuse de condițiile și exigențele lumii exterioare.

Echivalențele suicidare pot fi puse în legătură directă cu trebuința inconștientă de pedeapsă, cu nevoia de suferință, căci ideea sacrificiului pentru celălalt este strâns unită cu o agresivitate mascată, deoarece complexul sadism – masochism este indisolubil. Ne-am putea opri la un exemplu simplu, frecvent întâlnit în multe cupluri în care unul dintre soți (de cele mai multe ori femeia) afișează forme minore ale comportamentului de sacrificiu. Aici ar putea intra lipsa preocupărilor pentru propriul confort fizic și psihic, nerespectarea indicațiilor medicale sub explicații de tipul *„lasă, eu nu am nevoie, îngrijește-te tu, cum să cheltuim atâția bani pentru medicamentele mele!”*, expunerea cu bună-știință la acțiuni ce pot primejdi sănătatea (chiar și banalele situații de a umbla îmbrăcat necorespunzător, mai mult sau mai puțin ostentativ, cu haine rupte, de a efectua treburile casnice într-un mediu de umezeală, frig sau toxic fără protecția corespunzătoare), toate acestea dublate de acea conduită de (auto!)victimizare de tipul *„lasă-mă pe mine, eu nu sunt important, ai grijă de tine!”* Mai periculos este atunci când demonstrativitatea este afișată inclusiv în fața copiilor, aceștia trăind ulterior atât cu „povara” nefericirii părintelui ce și-a sacrificat bucuriile, cât și cu un greșit model de rol ce poate fi perpetuat cu ușurință.

Aceste sacrificii vor fi mai târziu în viață aspru „plătite” de celălalt, deoarece spre bătrânețe vor apărea cu siguranță efectele suprasolicitării fizice sau psihice din anii tinereții. Atunci, demonstrativitatea și victimizarea capătă dimensiunea reproșului, a celui obsedant *„m-am distrus pentru tine”*, ca și cum a venit acum momentul răsplății, cerută sub forma unei afectivități deformate – *„îngrijește-mă, uite-te cum am ajuns, fiindcă în tinerețe îți dădeam tot ce era mai bun!”*. De-abia acum se observă adevăratele tendințe agresive ale celei în cauză, impulsionate spre manifestare de însuși comportamentul de dăruire afișat în toți anii precedenți. Privind astfel, a acorda atenție Eu-lui, acel *„a te îngriji pe tine spre a nu deveni o povară celor dragi”* nu exprimă nici pe departe egoismul, ci este o atitudine înțeleaptă, deoarece iubirea pentru soț și copii începe de la **respectul de sine**.

2.3. Criza sexualității

Complexitatea comportamentului sexual uman nu ne permite să-i analizăm succint toate dimensiunile și nici să-i elucidăm integral problemele. Un aspect frecvent uitat sau, mai bine-zis, trecut cu vederea, dar care trebuie totuși amintit datorită gravității sale, este acela al unor tulburări de dinamică sexuală instalate la nivel macro-

social, mai exact o perturbare a comportamentului sexual la nivelul speciei umane. Această perturbare influențează profund atitudinile general umane în cadrul biosociotipului, datorită corelatelor sale multiple psihologice și psihosociale.

În societatea contemporană sexualitatea a fost ruptă din contextul său firesc și cultural normal și deformată prin exagerare, supralicitare și suprasolicitare. Parcă am citi peste tot și pare să ni se spună din toate părțile: „*Faceți sex! Cât mai mult sex!*“. În economia de piață sexul devine un produs de consum. Sfârșitul secolului XX a lăsat să se dezvolte o puternică industrie „sexy“ ce aduce imense profituri financiare. Rafinamentul civilizației actuale permite „sex prin telefon“, „sex pe calculator“... care lasă cu mult în urmă banalitatea caselor de toleranță de altădată!

Presa din toate țările pune la dispoziția „onoratului“ public o gamă largă de broșuri, publicații, în paginile cărora „tronează“ femei și masculi „feroce“ în poziții obscene; aceștia devin „modele“ pentru tinerii vulnerabili, lipsiți de cultură. Adolescenții își tapetează pereții camerelor cu poze sexy dintre cele mai șocante, masturbându-se cu ochi lacomi zgâiți la ele – îmbrăcăminte provocatoare, comportament și limbaj agresiv, în care termenii și expresiile de argou cu conținut sexologic alcătuiesc, de altfel, întregul mesaj, lipsit de orice altă idee. Informația sexuală pare predominantă în raport cu orice alt tip de informație – culturală, științifică, politică sau economică.

Drept o compensație a dominației androcrației s-a creat și „nobila“ profesie de „gigolo“. Au apărut casele de toleranță populate cu superbe exemplare masculine, locuri în care femeia să se poată lăsa pradă instinctelor sexuale, eliberată de constrângeri și norme morale.

Ea simte acum nevoia acută, imperioasă și obsesivă de PUTERE. Preia inițiativa și funcția de șef, altădată atribuite strict masculine, mergând uneori până la hărțuire și agresare sexuală. Este tot ce a învățat mai bun de la bărbat în atâtea secole de dominare: să violeze, să șantajeze sau să-și impună forța. Infidelitatea și brutalitatea bărbatului au învățat-o că nu trebuie să pună prea mult preț pe rolul protector și ocrotitor al acestuia în intimitate. „Protestul viril“, de care vorbea Adler, atinge acum forme monstruoase. Culmea înjosirii și umilirii bărbatului este tocmai refuzul de a-i mai acorda rolul în familie. Își face tot mai mult simțită prezența în societate familia monoparentală, alcătuită de cele mai multe ori din mamă și copii. Și pentru că întotdeauna există loc de „mai rău“, bărbatul a fost redus la „simplu producător de spermă“. Întrucât pot exista penisuri artificiale, bănci de spermă, fertilizare *in vitro* și copii în eprubetă, bărbatul devine astfel primul „obiect“ din casă la care se poate renunța...

Este adevărat că abundența produselor sexuale îi oferă tânărului multe posibilități de selecție, dar nu și criteriile cele mai indicate pentru a-l învăța să distingă clar între BINE și RĂU. Pe de altă parte, ea are un caracter nociv deoarece provoacă, încurajează și tinde să permantizeze o excitare indirectă (prin reprezentări mentale, imagini video și audio) împiedicând excitarea normală prin relația fizică și psihică directă cu o parteneră. Din alt punct de vedere, ea înăbușă personalitatea și împiedică individul să se manifeste în limitele propriei sale inițiative.

O altă posibilă cauză de instalare a tulburărilor sexual-afective la tinerii adolescenți, comună și neconștientizată, este travestismul, văzut aici și acum doar ca o modă care șterge diferențele vestimentare consacrate prin tradiție între băiat și fată. Îmbrăcați, încălțați și pieptănați identic și, mai ales, comportându-se la fel în gesturi și limbaj, fetele și băieții trec pe rând dintr-un sex în altul, favorizând inclusiv instalarea perver-

siunilor sexuale, deoarece la un moment dat – în context subcultural – devine indiferent dacă ceea ce ții în brațe este băiat sau fată. Căutând să semene cât mai mult cu sex-simbolurile revistelor de profil, fiecare tânăr se visează „masculul feroce” sau „femeia fatală”, ceea ce poate provoca o dramă emoțională prin totala lipsă de concordanță cu „modelul”.

Nu ne putem permite detalierea relației dintre sexualitate și agresivitate cu diferențieri și gradații la nivel de specie și de individ. Exacerbarea monstruoasă a funcției sexuale și a sexualității nu este decât o latură a conduitei umane globale, fiind în același timp cauză și efect al unei acțiuni necontrolate a impulsului agresiv. Orice act sexual este în esență lui un act agresiv: agresiunea masculului asupra femeiei, încălcarea teritoriului ei intim, adâncul ființei. Comportamentul sexual are două atribute principale: agresivitatea și tandrețea – între care trebuie să existe un echilibru. La nivel individual, „agresiunea” este mai mult simbolică și metafizică, în timp ce la nivelul speciei, exagerarea agresivității sexuale este în directă corelație cu creșterea instinctului de supraviețuire.

În noul context creat de CRIZA SEXUALITĂȚII, teoria psihanalitică a libidoului și a sublimării capătă noi valențe. Un act sexual nu este în afara trinității Bine – Frumos – Adevăr; el este înnobilit cu valori etice, estetice și juridice, iar deformarea funcției sexuale îi răpește toate marile și frumoasele lui valori, însingurează individul, determinând instalarea – uneori ireversibilă – a impotenței și frigidității.

Într-o cameră goală, cu postere, telefon și calculator, după plăcerea obținută pe aceste căi, individul se va trezi tot mai singur și mai golit sufletește, mai incapabil să iubească pe cineva și urându-se tot mai mult pe sine. Alienarea în societatea contemporană superindividualizată și supercivilizată se accentuează prin deformarea personalității sexuale, ceea ce va duce inevitabil la disabilități în sfera productivă și practică, la perturbări în relațiile interpersonale, în comunicarea și receptarea mesajelor spirituale, criza sexualității devenind o dramă a speciei umane.

Oferindu-i-se informații și produse predominant sexuale, precum și libertatea de a-și folosi creierul în tensionări și detensionări de acest gen, individul nu va mai consacra suficient timp, spațiu afectiv, interes și energie spirituală asimilării marilor valori ale culturii și civilizației, ceea ce va antrena degradarea sa intelectuală.

Conform principiului *extremele se ating*, cele mai înalte cuceriri ale umanului (informatizarea, computerizarea) sunt folosite pentru întreținerea instinctului sexual, latura primară a carnalității sale. Criza sexualității este monstruoasă pentru că „animalizează” individul și atacă umanitatea în trăsătura ei fundamentală, de unică specie care produce și asimilează bunuri materiale și spirituale.

Pe tărâmul sexualității, încărcat de mister și putere magică, trebuie să călcăm împreună cu respect și demnitate, BĂRBAT și FEMEIE, jumătățile aceluiași trup și suflet, în căutarea izvorului sacru al iubirii de om și de viață.

2.4. Perspectivă psihologică asupra *homosexualității*

Dintre tulburările comportamentului intim, **homosexualitatea** este cea mai discutată, plecând de la implicațiile sale sociale. Permițând veritabile împliniri *amoroase* (știut fiind faptul că forța emoțională implicată într-o relație patologică este

întotdeauna mai mare decât cea dintr-o legătură firească – *fie din cauza conștientizării interzisului, fie din drama că un partener pierdut este greu înlocuibil*), acest tip de disfuncție nu diferă de impulsul firesc decât prin sexul obiectului, fiind mult literaturizată, inclusiv în opere de valoare (André Gide). În anumite epoci și, chiar și astăzi – în anumite medii, nu numai exotice, ci și europene – acest viciu „tronează”, cerând drepturi legale – de a fi considerat *o viață onestă, de familie și chiar de a înfia și educa unul sau mai mulți copii*.

Homosexualitatea este legată de intersexualitate numai într-un număr redus de cazuri, majoritatea fiind indivizi normali din punct de vedere anatomo-constituțional. Cei „pasivi” (cum sunt denumiți în limbaj laic) se trădează mai ușor prin plasticitate corporală, accesorii vestimentare specifice, gesturi sau chiar o ușoară efeminare, care fie *a favorizat*, fie *e consecința* alegerii particulare a obiectului erotic.

În contextul actual, în care conceptul de „libertate interioară” își exacerbează sensul spre o eliberare de reguli, de norme morale și etice, acel „*a te simți împlinit*” își relativizează sensul. Când justificarea pentru orice o căutăm în abisurile inconștiente, încercăm cu imparțialitate să înțelegem motivele psihologice ce induc amploarea fenomenului, cu **argumente pro** în virtutea cărora țările occidentale încearcă să-i integreze ca oameni, explicațiile autentice fiind circumscrise necognoscibilului, acelei sfere ce sfidează orice explicație rațională.

Fericirea și automulțumirea în *cuplu* pot corela pozitiv cu remarcarea lor profesională și trebuie să ne ferim de la a face o confuzie a criteriilor valorice aplicate unei persoane, mai ales că sunt citați în istorie astfel de indivizi cu ale căror realizări în artă sau știință umanitatea se poate mândri, fără a lua în considerație înclinația lor biologică, de care nu pot fi întru totul responsabili. Este vorba de tulburări psiho-neuro-endocrine (*lipsa momentului de impregnare a scoarței cerebrale cu substanța „M” în perioada intrauterină*), motiv pentru care ceilalți ar trebui să le ofere **acceptarea**, în sensul **renunțării la condamnarea** pentru ceva ce are, în ultimă instanță, o bază organică. Gândind din perspectiva planului sufletesc, alegerea lor reprezintă *o investire afectivă* „de invidiat” din prisma cuantumului excesiv de tandrețe mutuală bilaterală.

O ipoteză macrosocială postulează faptul că legalizarea ar duce la detensionare psihică și deculpabilizare, ce ar atrage după sine scăderea actelor infracționale adiacente „încărcăturii” emoționale dictate de sentimentul vinovăției (aici putând intra și renunțarea la misoginism). Sintagmele de „luptă” ale celor în cauză sunt inspirate din „Drepturile Omului” (*libertatea de opțiune sexuală*) sau aduc în discuție „atestarea” homosexualității încă din Antichitate pornind de la accepțiunea diferită a **normalului** și a **normalității**.

Această pulsione, atunci când este regăsită în rândul femeilor, îmbracă forme ale *protestului viril*, când lesbianismul este justificat în terminologie de argou prin expresii de genul „*o femeie știe mai bine ce-i place unei alte femei*”. Dincolo de a fi o cauză, acest exemplu este mai degrabă un argument explicativ, ce are ca fond necunoașterea suficientă, mai ales la vârste tinere, a ceea ce numim *exercitarea corectă și completă a rolului sexual*. Ideea devine importantă, deoarece la origine descoperim o *tulburare a dinamicii sexuale* corelată cu o *fragilă și incompletă comunicare* ce-și găsește rezolvarea defectuoasă în acest tip bizar de iubire.

Argumentele contra țin întotdeauna de protejarea ariei majoritare, având în vedere funcționalitatea universală a legilor *imitației, curiozității și seducției*, mai ales că personalitățile asupra cărora aceste perturbări s-ar putea răsfrainge (și aici ne gândim

în primul rând la educația tinerilor în formare) sunt cele mai fragile și receptive la *conduite aberante*. Să nu uităm că acest **pericol** constituie o reală ofensă în direcția revigorării familiei, văzută ca filon asupra căruia se deplasează accentul terapeutic. Pe de altă parte, nici potențialul de recuperare al celor deja „*perversiți*” (dacă ne transpunem în domeniul behaviorismului și acceptăm că ar fi vorba de un simplu reflex condiționat implicat în atracția sexuală) nu ar mai putea fi valorizat, din moment ce un anumit eșantion al comunității îi tolerează.

Scăderea presiunii sociale o dată cu acceptarea este *iluzorie*, în realitate neîntâmplându-se altceva decât *creșterea* disonanței afective, mai ales că această categorie se suprapune, chiar dacă nu în totalitate, dar într-o considerabilă măsură, peste toxicomani, alcoolici sau agresivi și, poate, ar atrage după sine dorința legalizării și altor perversiuni sexuale. Cu atât mai mult cu cât este greu de evaluat procentul celor cu tulburări psihice! Nu putem ști cât e ereditar și cât e dobândit, cât e impulsiv și cât e compulsiv. Acceptarea homosexualității stârnește tulburări în asumarea rolurilor familiale, prin transmiterea unui pattern emoțional și cognitiv disfuncțional.

Trebuie să sesizăm diferența deloc neglijabilă dintre **a te ocupa de ei și a-i lăsa să se constituie într-o „minoritate”**. Toate societățile cred într-o religie și o morală, fără de care progresul devine superfluu, ori pentru acești oameni *aparte* se modifică percepția Divinității. Conform unui echilibru al „polurilor”, în inconștientul acestora există, alături de fixațiile ce au determinat îndreptarea dragostei către același sex, acea parte a personalității care constituie cel mai fidel traductor al interdicțiilor, zona ascunsă, dominată de aureola părintescului „*nu e bine*”, rezultat din reprezentarea *Autorității*.

2.5. Violența familială – ca marcă a agresivității sociale

Coexistența unei **agresivități** inconștiente – ce acționează ca tendință premanifestă, alături de dinamica psihologiei *omului de succes* al secolului XXI – este actualmente o certitudine. Ea reprezintă acel quantum necesar adaptării la forțele exterioare, chiar dacă se suprapune unei căi deformate de socializare a exigențelor pulsionale. În anumite condiții, agresivitatea poate fi, inclusiv, un mecanism de apărare al unui Eu reprimat. Ambivalența, ca *modus vivendi* al unității dintre gând și suflet, postulează **violenta** ca o *alternativă* din multitudinea reacțiilor afectiv – comportamentale posibile la nivel individual sau colectiv. Aspectul fericit ar fi acela al *deturnării* ei prin bine cunoscutul mecanism al sublimării. Pe de altă parte, întreaga umanitate a oscilat în decursul mileniilor între *spiritul civilizator* sinonim *in extremis* activismului cu rădăcini sadice, ce impune schimbare cu orice preț și *nevoia de tandrețe* – văzută în cel mai interpersonal sens al termenului – acela de aderare la familie, grup, națiune, religie.

Odată intrați în mileniul III, societatea însăși trece printr-o imensă transformare, ce se răsfrânge asupra sieși ca macrosistem, dar „lovește” și toate subsistemele sale până la nivel întins, „molecular”, afectând inclusiv **familia** – ca unitatea ei fundamentală. Orice relație se poate înscrie pe o scală cu nuanțate trepte de la *dăruire totală cuplată cu o mutuală acceptare a celuilalt la abuzarea partenerului cu încălcarea*

barierelor intimității emoționale și fizice. Diada cuplului este primul „cerc” al descărcărilor tensionale sub forma impulsurilor, acele *acting-out-uri* prin care se pun în scenă frustrările nesiguranței existențiale. Urmează dorința ardentă de *carieră* în sens autosecurizator, dar cu valențe agresive asupra posibililor rivali sau chiar asupra celor apropiați, sacrificați într-o mult visată „reusită profesională” – cu corelate sociale precum orgoliul, autoritatea și prestigiul obținute „pe orice căi”, ce înstrăinează individul în singuraticul drum al unei inflative afirmări de sine. Vedem apoi, la tot pasul, alterarea relațiilor dintre generații, ce îmbracă forme traumatogene – de la molestările în plan real la anomia comunicațională și morală.

Se remarcă „punerea în scenă” a unor dispute cu rădăcini în etologie, de la banale altercații între prieteni la sumbra perspectivă a unui viitor război mondial, circumscriindu-se cadrul **acutei lupte pentru teritoriu**. Și toate acestea dintr-o stranie exacerbare în manieră posesivă a *simțului vital*! Apare o neînțeleasă „simbioză” a unei **inteligente** superioare, „nobile”, atotpătrunzătoare, cu ceea ce am putea denumi generic ascuțirea unor **comportamente primitive**, în virtutea cărora singura lege ce funcționează nescris este a impunerii prin forță, mai ales că „*învingătorului nu i se cere justificare*” și „*cel mai puternic are întotdeauna dreptate*”. Este uimitor cum cuceririle tehnicii și științei ajung să fie puse în slujba unor instincte primare, prin prisma cărora umanitatea este degradată și condamnată spre a fi judecată în termeni de tipul: *agresivitate, ură și răzbunare*. „**A avea**” se substituie pacifistului verb „**a fi**” – de la palma de pământ mult – disputată la cursa diabolică a înarmării, de la violența domestică la rasism, de la abuz la abandon, de la carierismul infatuat la nevoia de dominare cu rădăcini narcisice.

Ca și cum tendințele negative – odinioară refulate, ale unui inconștient colectiv supratensionat explodează sub forma unui grad crescut de agresivitate socială într-o perioadă în care se prăbușesc și se caută **restabilirea** unor valori **stabilizatoare**. Dezintegrarea în plan moral, spiritual, etic și politic este dictată de perturbarea în esență a relațiilor interumane – cu impact psihopatogen imediat și îndepărtat. Promiscuitatea, sărăcia, violentarea copiilor sau bătrânilor, delincvența juvenilă, adulterul și gelozia cu componente aberante sunt doar câteva dintre „simptomele” crizei contemporane, dezvoltate sub impactul noilor restructurări ideologice.

Desigur că în estul și centrul Europei **prefacerile sistemului familial**, deși explozive, mențin încă o doză de ancorare în *tradiționalism*, inerția și rezistența îmbrăcând forma *disimulării* – în special în mediile sociale modeste, subculturale, unde familia se alterează în esență, dar nu se desface legal. Desconspirarea apare în „ceasul al XII-lea”, o dată cu instalarea cronică și invalidantă a unor serioase afecțiuni psihosomatice în a căror etiologie, disfuncționalitatea nucleului familial este major implicată (după I. Mitrofan, 1996). Paradigma „*alcoholism – tulburări de conduită – depresie*” răbufnește cu sechele traumatizante, conotațiilor cvasisociale ale fenomenului adăugându-li-se aspecte psihologice și medicale (depresie, anxietate și atacuri de panică, tulburări hipnice, disproxii, tulburări de dinamică sexuală, migrene, palpitații, dispnee, tulburări gastrointestinale, izolare, inabilitatea de a coopera și comunica, reacții posttraumatice, precum și excesul de alcool apărut la femei), ce intră de multe ori sub incidența perspectivei legale sau invadează sistemul serviciilor de sănătate, în condițiile unor șanse minime de *curabilitate*. Ne confruntăm din ce în ce mai frecvent cu situații de tipul: „soț alcoolic, violent, agresiv fizic și verbal”. Există concepția populară conform căreia „discuțiile în familie” pornesc de la

neajunsuri și lipsuri financiare. Altfel spus, securitatea climatului familial, sub impactul unor factori externi, este înlocuită treptat cu alterarea comunicării și relaționării mergând până la varianta sa extremă – a traumatizării celui alt.

Rămân distorsiunile unui cuplu, pe care cu dificultate le înțelegem. La întrebări de tipul: „*de ce totuși ați rămas împreună?*” răspunsurile sunt variate, dar cu slabă putere de convingere. Ele ating sfera materială, problemele de creștere a copiilor, mai puțin autenticele sentimente.

Nu demult, am întâlnit o bolnavă ce pentru o garsonieră plus 5.000 de dolari pentru „cheltuieli” își vânduse cele trei fiice unei familii bogate din Grecia și încerca să ne convingă cum „societatea” a împins-o la asemenea acte necugetate. Din această perspectivă, promiscuitatea și sărăcia sunt câteva dintre simptomele CRIZEI CONTEMPORANE, mai ales că de multe ori sunt depășite limitele familiei în sens tradițional.

Criza contemporană este generată de frustrații macrosociale, ce pun în evidență la cote maxime impulsunile ancestral-ascunse ale indivizilor. Să fie oare acesta motivul pentru care, actualmente, violența familială cronică și patternul atitudinal-educational în conformitate cu care victimizarea femeii trebuie trecută cu vederea sunt recunoscute? Dogma, cutuma atribuie bărbatului dreptul de a lovi, ca semn al autorității și masculinității sale. Această mistificare a sensului, dublată de toleranța partenerei de viață, cuplată cu suportarea și valorizarea soțului, sacrifică normalitatea interpersonală și blochează personalitatea femeii în limitele unui masochism social conjunctural. Motivele disimulării sunt variate – izolarea, interdicția, controlul permanent al bărbatului, dependența materială, dar există o rădăcină comună: umilința în care este plasată femeia (I. Mitrofan). În plus, ea nu are unde spune. Acestea sunt suficiente spre a ne face să concluzionăm că întotdeauna comunicarea medic-pacientă este mai dificilă. Există de multe ori teama de a nu ofensa cu întrebările despre un posibil climat reactiv particular, multe aspecte rămânând necunoscute din sentimentul de culpabilitate sau reticența celei în cauză de a nu fi blamată pentru situația în care se află. La polul opus se află teama medicului, mai ales când și acesta este femeie, de a nu proiecta propriile probleme în anamneza respectivă, deoarece, din păcate, violența familială nu este dependentă de QI, de nivelul cultural sau de statutul social.

Inclusiv violența la adresa copiilor este o realitate ce nu cunoaște limitele educației când este iscusit ascunsă în forme „rafinat”. Relațiile distorsionate dintre copii și părinți se manifestă frecvent sub forma unor situații reactive de tipul: tată hiperautoritar, chiar agresiv – conflicte profunde. Aici, aceste elemente au acționat de la vârste fragede, au fost deja interiorizate și structurate în procesul de cristalizare a personalității, fondul adolescenților în cauză devenind dominat de introversie, frică, dependență, rezultate din elementele regresive și insecurizare. Dincolo de afectarea capacității de modulare afectivă, rămâne totuși fragilitatea Eu-lui lor în ansamblu, o fragilitate casantă la contactul dur cu realitatea. Este vorba de o dispoziție tristă, cu elemente senzitive la care se adaugă hipercorectitudinea, timiditatea, sensibilitatea, impresionabilitatea ce corelează cu un Eu slab, puțin delimitat de mediu, supus unui Supra-Eu parental autoritar. De multe ori familia acestor tineri apare ca un amestec de hipercenzură și hiperprotecție facilitându-le regresia și dependența.

Mărturisirile unora dintre ei sunt de-a dreptul cutremurătoare, în timp ce sentimentele sunt date la o parte, ca și cum timpuriu, dorințele nu ar putea fi definite. În urmă rămân întrebări obsesive despre durerile mute ale *celor mari*. Cu siguranță adolescenții exagerează, marșează în suferință și-și potențează experiențele negative ale scurtei lor vieți. Dar „sâmburele” de la care s-a plecat? Depresiile acestui palier cronologic sunt diverse și îmbracă mai degrabă forma iritabilității, a unei agitații difuze, a contorsionărilor interioare în accentuarea scizurii dintre realitatea obiectivă înconjurătoare și lumea subiectivă. Li se cere o *poziție* de invidiat, în timp ce li se oferă imaginea unor părinți a căror autoritate decurge automat din forță, și nu dintr-un real și de necontestat statut. Copilăria e grea în absența securizării parentale. *Ura* se transmite pe nesimțite, ca o umbră neagră prelinsă din climatul afectiv de origine spre noua ființă în formare. Și cât de dificil ne este să trasăm coordonatele unei normalități stabilizatoare drept condiție princeps a homeostaziei emoționale viitoare?

Lipsa de autocontrol asociată cu ostilitatea, mistificarea și „minciuna de supraviețuire” au devenit „strategii adaptative” într-o lume bazată pe confuzie, lipsa modelelor pozitive și perimarea cenzurii etice. Deși habitusul violenței în cuplu este de multe ori ignorat, universalitatea iubirii, *umanitatea* – ca atribut în sine al Eu-lui conjugal – se stinge încet. Carențele legislative nu permit implicare *în criză*, familia menținându-și fascinația dată de aura „intangibilității”. Diada, ca element constitutiv al planului microsocial, ne scapă celorlalți – moralmente integri – de sub control. Cum ne-am putea opune atunci tendințelor dominante ce invadează spațiul mondial, fantasmelor de cucerire și stăpânire interetnică, mai ales când agresivitatea este insinuată sub masca tandreții?

CAPITOLUL 3

Elemente de psihologia grupurilor – între *solitarism* și *adezivitate* *la mulțime*

„Și chiar de slava ierbii aceluia ceas s-a stins,
noi tot vom căuta puteri în ce-a rămas...”
(Splendoare în iarbă)

3.1. Relațiile interpersonale – de la atracție la respingere

Relațiile simpatetice reprezintă unul dintre cele mai importante fenomene interpersonale, cu o largă arie de răspândire în câmpul vieții afective, cu o implementare profundă în cotidian și o mare frecvență de manifestare. În realitatea socială concretă se constată empiric că oamenii se atrag reciproc sau se resping. Adolescenții își imită eroii din literatură, subalternii își pot influența șefii prin sugestii situate la limita perceptibilului, în cuplul conjugal – legătura este privită armonios din afară, în timp ce în interior conflictul e gata să izbucnească sau, din contră, parteneri ce în mulțime sunt într-o permanentă dispută, iar în intimitate – sunt dominați de conciliere. Unuia îi este indiferent că-i are drept colegi de birou pe X, Y sau Z, în vreme ce altul face o adevărată dramă la schimbarea celui mai mic element în decorul cu care a fost obișnuit. Constatăm că, de la început, o persoană are simpatie față de o alta, dar apoi devine treptat indiferentă, fiind valabilă și reciprocă, în care lipsa inițială de considerație se transformă în atașament. Într-o colectivitate, unii sunt mai timizi, puțin predispuși la contacte, iar alții caută dialogul, fiecare profitând într-o manieră deosebită de pe urma acestor experiențe (după P. Golu, 1992).

Simpatiile au la bază **nevoia** fundamentală **de sociabilitate**, ca sursă a homeostaziei psihice. Acolo unde legăturile interpersonale sunt defectuoase apare problema spargerii echilibrului interior. La baza interacțiunilor dintre indivizi stau anumite trebuințe, ce pun în evidență rolul deosebit al trecutului în geneza tipului particular de relație. Astfel, există subiecți ce în copilărie au perceput o insuficiență integrare în grupul familial și care, în conduita ulterioară, se străduiesc să obțină mult-visata „*incluziune*”, încercând să pătrundă în orice microgrup profesional sau cerc de prieteni, chiar cu prețul de a face mici sacrificii, de teama de a nu primi eticheta de „outsider”. Alții au tendința la control absolut al celui alt – comportament influențat de excesiva permisivitate atribuită de părinți, dublată de lipsa unei călăuziri riguroase pe drumul liberei dezvoltări. În orice legătură adultă se simt urmele măsurii în care copilul de altădată a fost acceptat sau respins emoțional. Întâlnim prieteni „supra-sociali”, ce suportă greu singurătatea și au o exagerată dorință de afecțiune reciprocă. Sesizăm oameni cu deficiențe de apropiere, „subsociabili”, cerând parcă directive, dependenți de „oferte” și stimuli de comunicare – aceia care răspund exclusiv provocărilor verbale sau gestuale, fiind rar inițiatori ai unei discuții.

Dacă anumite *interese* ale vârstelor fragede au fost neluate în seamă, insul ajuns la maturitate are un sentiment de însingurare și incompetență în relaționarea interpersonală, se simte neîubit, nepregătit – chiar pentru simple amicitii, în permanentă și inconștientă luptă spre recuperarea deficitului indus de evenimentele traumatizante. Există indivizi într-o perpetuă **căutare**, având o imensă trebuință de afecțiune și aprobare, acea *necesitate a partenerului* (prieten, amant, soț), așteptând împliniri existențiale de tipul *a fi indispensabil celor din jur*. Sunt alții ce parcă **ar merge împotriva tuturor**, duri, agresivi, interpretând lumea drept „o arenă” în care – în sensul darwinist al termenului – fiecare trebuie să-și elimine „adversarii”, în virtutea invocatului *prestigiu*. O altă tendință este **fuga de semeni**, subiecți ce pun o distanță în calea empatiei și se retrag spre a fi autonomi, neinfluențabili și neconstrânși obligațiilor sau conformismului. Primii parcă s-ar întreba constant „*Oare mă plac vecinii?*”, comparativ cu personalitățile „provocatoare” ce ruminează subconștient ideea *de a-și depăși noul coleg* sau cu cei introverți ce se tem *că nu vor fi lăsați în pace*.

Putem concluziona că suntem „cufundați” în blocul relațiilor sociale, trăind într-un etern **împreună**, afectați de prezența celorlalți (P. Golu). Esențial rămâne factorul **spațial, distanța** – abordată mai mult sau mai puțin cantitativ, gradul de *periferialitate* a unuia comparativ cu altul. Mai contează structurile **funcționale**, deoarece cea mai mare parte a legăturilor noastre interafective e condiționată de participarea la *roluri sociale comune* (profesionale, civice sau familiale). Intervin și factorii **normativi, axiologici** – ce țin de o ierarhie de ranguri, prestigii și valori. Oamenii se realizează emoțional pornind de la esența unei similarități de concepții, atitudini și preferințe.

Atracțiile, respingerile sau indiferențele în cadrul unui grup pot căpăta dimensiunea *unilateralității* sau a *reciprocității*, modul de combinare a simpatiilor sau antipatiilor fiind cel ce dictează *coezivitatea, solidaritatea sau dezorganizarea*. Contrar înțelesului laic, *neutralitatea* este diferită de absența oricăror trăiri, reprezentând mai degrabă situația în care suma emoțiilor de semne contrare este nulă. Limbajul comun este simbolizat prin nuanțe, în care aceste tipuri de relații capătă specificitate – de la *preferință, iubire, simpatie, adorare* la *acel a nu fi pe plac, antipatie, ostilitate, ură sau repulție*.

Atracțiile, respingerile și indiferențele nu se fac la întâmplare, ci se emit în funcție de sondarea unor criterii. Oamenii se pot simți *atrași reciproc*, deoarece lucrează la un obiectiv comun (economic, financiar, cultural sau de cunoaștere). *Preferințele* se pot extinde pe o scară de la *simpla distracție* la *autenticul erotism*. Varietatea criteriilor de interacțiune determină o infinitate de comportamente calitative, în care nu este de neglijat rolul *coincidențelor exterioare* (asemănări fizice, de mimică și gestică, vestimentație și gusturi pentru modă) – acestea întinzându-se de la aspecte nesemnificative și accidentale la profunzimea interioară și valențele psihologice adiacente. Există o corespondență între planul constitutiv al personalității individuale și capacitatea de a „funcționa” interpersonal. În cadrul diadei, relaționarea afectivă este un fenomen ce presupune depășirea *caracteristicilor* fiecăruia, punându-se în valoare un nou nivel al realității dualului – în care cei doi împart „recompense” și „penalizări”.

Complicațiile apar din faptul că indivizii nu interferează doar ca entități obiective, ci și ca sisteme de imagini prin care își atribuie calități sau defecte și emit judecăți anticipative, în raport cu care nivelul simpatetic permite să se suprastructureze dimensiunea cognitivă. Gândirea controlează și reglează afectivul, în conformitate cu

legitatea generală de a respinge o persoană prin prisma propriei viziuni. Acesta este motivul pentru care, în diverse etape, putem avea reprezentări diferite ale partenerului – care nu sunt neapărat efecte pasive induse, ci **și** produse ale conștiinței noastre. **relația interpersonală devenind dublată de felul în care ea însăși este percepută.**

3.2. Modificarea Eu-lui colectiv în perioada de tranziție

Așa cum **Eu-l** reprezintă centrul personalității, investit „capital” emoțional ce trebuie apărat în fața „atacurilor” reprezentate de situații frustrante și psihotraumatizante, tot așa vorbim de existența unui **Eu colectiv** la nivelul unei nații sau etnii, acea *entitate spirituală* supremă ce „dă piept” cu vicisitudinile vieții. În acuta transformare a zilelor noastre, ne întrebăm cu stupeoare: *Ce s-a întâmplat cu unitatea acestui popor? Sau, altfel spus, unde este Eu-l nostru colectiv? Și care ar putea fi factorii de ajutor în recuperarea acestei „macropersonalități” protective?*

În România anterevoluționară s-au făcut studii epidemiologice, cu deplina respectare a condițiilor validității științifice și s-a reliefat că incidența bolilor psihice era mai mică raportată la cea a Statelor Unite. Rămâne întrebarea: Cum era posibilă o asemenea situație? Era o disimulare? Sau, dacă nu, care ar fi rezervele energetice ascunse cu care *românul face față multor necazuri*? Explicația s-ar putea afla în funcționarea acelei **rețele de suport social**, dătătoare de sprijin și ajutor elementar foarte important. Apariția Eu-lui colectiv protectiv era asimilată unui „ritual” de împărtășire a necazurilor, dar și unei mișcări proiective de găsire a unui vinovat extern – o defulare „în masă”, în care impresia că toată lumea suferă atenua trauma. Aici întrezărim acei factori de reziliență, de rezistență în virtutea cărora multe persoane „tăvălite” de dureri și suferințe își păstrează totuși buna dispoziție și sănătatea mintală (după C. Oancea, 2002).

După Revoluție, societatea s-a clivat, a apărut individualismul și presiunea că se pierde Eu-l colectiv. „Rămășițe” ale sale plutesc încă *difan* în aer, în comportamente *similare celui al tânărului șofer cu nouă milioane pe lună, ce-și plimbă prietena în weekend cu Jeep-ul „patronilor”* și care afirmă naiv, încercând să poarte o conversație de societate: „*Nu-i așa că era mai bine pe vremea lui Ceaușescu?*”. Păstrătorii acestui Eu colectiv îi regăsim în simpatizanții diferitelor partide politice de factură naționalistă. Uneori extremismul de această coloratură este asociat cu o imaturitate structurală atunci când totul se explică în termeni **defensivi** – prin „țapul ispășitor”. Idee excelent exploatată astăzi de mass-media.

În actuala conjunctură socio-politică putem afirma cu certitudine, fără să greșim că **Eu-l nostru colectiv este foarte afectat**. Există statistici ce susțin că 50 % din români vor să emigreze. La un pol îi întâlnim pe cei ce strigă repetat că „*nu ne vindem țara*”; alții – mai pacifiști – fac compromisuri, în timp ce nu puțini sunt cei ce *o fură*, să fim siguri că ne rămâne nouă! Este o problemă de dezintegrare ce lasă descoperiti pe foarte mulți dintre noi. Suntem puși în fața unor persoane cu tensiuni insurmontabile. „doborâte” sub presiunea unor viziuni confuze, pentru care societatea însăși trebuie să decidă anumite compensări. Așa se întâmplă în toate perioadele de tranziție, în care *ieșirea la suprafață a non-valorilor* induce mari dificultăți de comunicare, pasivitate și

retragere. Eu-l colectiv poate ieși zdrobit din clipele dure, re canalizându-se și rămânând să activeze difuz, la limita perceptibilului – exclusiv la nivelul tradițiilor și obiceiurilor. A apărut chiar „tânăra generație” de politologi și sociologi, dintre care unii își permit să reanalizeze prin prisma „gândirii mature occidentale” marile noastre simboluri emoționale (acuzele aduse resemnării mioritice, reducerea poporului român la nivel de populație, criticile legate de seninătatea dacică în fața morții), adevărați „cetățeni”, „oameni de bine” ce-și trimit copiii la înalte studii în străinătate și care-și mărturisesc cu nonșalanță *sfaturile* date odraslelor la plecare: „*Tată, dacă pe-acolo te întâlnești cu vreun român, să fugi ca de dracu*”. O tânără de-abia ajunsă la Paris pentru studii este întâmpinată de colegele „mai vechi” cu îndrumări de tipul: „*Vezi, dacă vrei să te simți bine aici, las-o și tu mai încet cu dorul ăsta de casă, și nu mai spune peste tot că ești româncă!*”.

Ceea ce se uită este că **resemnații** sunt partea conservatoare și sănătoasă a Eu-lui colectiv, **păstrătorii**, în timp ce ceilalți vor o schimbare către un Eu mai activ, mai percutant. Sunt momente în care simțim intens nevoia unor lideri care să verbalizeze frustrațiile și să propună soluții, al căror echivalent este **conștientizarea personalității colective benefice**. Ne luptăm cu reconstrucția noastră – din care fac parte responsabilitatea individuală și civilizația însăși – și uneori pare că Eu-l pozitiv e perceput cu rușine! Avem nevoie de sfătuitoari în roluri de imago-uri parentale – calde, empaticе, apropiate (respectând modelul preluat din creștinism și bazat pe dialog, inspirație și pace) *sau*, din contră, regăsim dorința de autoritate a celor ce speră la vremea conducătorilor severi, de formație și orientare *directivă*. Atunci **când alegem**, ne ghidăm mai mult sau mai puțin conștient aprecierile, având în vedere următorii parametri: *sociabilitatea, riscul de stres, adaptabilitatea* și (de ce să nu spunem?) – *posibilele reacții psihopatologice ale viitorului om politic!* Așteptăm în schimb – *maturitate în luarea deciziilor, în confruntarea cu crizele, în rezolvarea problemelor specifice, prelucrarea conflictelor și îmbunătățirea relațiilor – în cel mai larg înțeles al sferelor de influență*.

Până când vom ajunge la liman, cruciale rămân – pentru noi toți – **speranța** – pentru cei demoralizați, neliniștiți, neputincioși și neajutorați – trăire de autoeficacitate izvorâtă din dorința că *lucrurile se vor îndrepta în viitor* și element de sugestie ce ameliorează și acționează; **o nouă viziune asupra lumii** – sistem coerent ce orientează spre ieșirea din impas, făcând posibilă o altă percepție generatoare de soluții și **relațiile de coeziune și prietenie** în grupurile formale sau informale – ca o condiție a înțelegerii și ascultării respectuoase securizante (C. Oancea).

CAPITOLUL 4

Ambivalența sentimentelor umane *sau* limitele acceptării *Decalogului*

*Desaga existenței noastre pe umerii unui Mefisto,
ce jalnic tânguie a păcat.
Și iadul nostru metaforic
va fi atunci mai încărcat...*

4.1. Amintirile trecutului – rănilor viitorului

„A învăța din experiență” – iată maxima morală a bătrânilor, la care, din păcate, tinerii fac apel prea târziu, când „spășiți” își întorc fața către *marile adevăruri* de care cu puterea și elanul vârstei s-au îndoit. Cele două componente ale *educației* sunt: *cunoștințele* și *abilitățile*. Aceasta este o constatare cu valențe pur teoretice, deoarece centrală rămâne *percepția personală, emoțiile, experiența* ce tulbură individul și-l pune în defensă în raport cu noua încercare pe care viața i-o oferă. În permanență – și fără a ne da seama – în așteptarea unui eveniment viitor ne construim „o față” – similară unei *măști* ce ne ferește de pericolul de a fi judecați, analizați, interpretați. Este un fel de valorificare a experienței anterioare, filtrată prin prisma subiectivismului indus de propria libertate de gândire. Aici regăsim nuanța afectivă, acele așteptări tacite greu de transpus în cuvinte.

În orice psihoterapie, cel ce conduce procesul de remodelare a personalității se implică fără a putea face abstracție de propria sa concepție despre umanitate, chiar dacă își restructurează stilul laic de abordare, spre a se încadra în canoanele științifice. Perspectiva sa de înțelegere a *omului de pe fotoliul de-alături* nu poate fi ruptă de propriul trecut, prin prisma căruia receptează realitatea, de modelele din cărți sau de vechile sale prejudecăți. Se intră în *lumea suferinței*, acel „spațiu” psihic totalmente diferit, dar fără a uita **bunul-simț și înțelepciunea**, drept condiții princeps în absența cărora nici o relație autentic empatică *terapeut-pacient* nu se poate construi. Într-o atmosferă de securitate și răbdare, trebuie să accedem către *straturile* durerii, neîmplinirilor, eșecului și depresiei. *Prietenul, tovarășul* celui aflat în impas este și el de un real ajutor. Dar oricât de bine intenționat ar fi, se „lovește” de *aparențe* și de *simptom*. Rolul celor avizați este de a învăța semnele ce corespund unor ființe complicate, cu „ascunzișuri”, în care nucleul slăbiciunilor este ținut departe de ochii altora (C. Oancea, 2002). Există și *drame exhibate* – tânărul ce încearcă să se arunce sub roțile tramvaiului, când acesta tocmai oprea în stație – în fața prietenei ce privea copleșită de rușine *spectacolul comic și tragic totodată...* rumoarea mulțimii... dezinteresul de fond... curiozitate și... în final – **o problemă de individuație** – a-ți fi suficient ție însuși ca Eu spiritual definitivat.

Alteori, sub mantaua *depresiei* sunt reunite sentimente „parșive“, frustrări acumulate și deghizate subtil, sortite unui amar deznodământ – *soția înșelată, ce nu mai are putere să părăsească patul și pentru care orice efort se soldează cu imense junghiuri la nivelul coloanei vertebrale*. Aici este o sfâșiere interioară, din care simptomul irumpe ca *simbol al demnității personale lezate*, alături de *destrămarea imaginii feminine*, protectoare a sănătății emoționale și fizice. Un om trist plânge în tăcere. Dacă țipă, atunci *dorește să se facă auzit*. O cerere presantă de *schimbare* venită din partea unui terapeut grăbit poate echivala cu *a forța nota*, situație care, deși în favoarea celei în cauză, îi răpește *bucuria* de a se simți protejată prin boală, indiferent de diagnostic. Apare *evitarea*, ca un fel de neîncredere. Privirea *către sine* e tulburătoare, motiv pentru care pașii întru autocunoaștere trebuie făcuți cu blândețe, scoțându-se *cu grijă* la iveală trucerile și diversivniunile menite să protejeze inconștient subiectul în detrimentul relațiilor interpersonale (C. Oancea).

Nevoia de afecțiune este cel mai acut sentiment uman. Și totodată cel mai vechi înrădăcinat. Seducția, demonstrativitatea, tendințele histrionice, veleitarismul, dorința de cucerire se originează în lipsa de securitate emoțională absolut necesară perioadelor timpurii de dezvoltare a „fortăreței“ psihice, ce nu reprezintă altceva decât echilibrul psihic de mai târziu. Este uimitor cum oamenii „cerșesc“ celor din jur afecțiunea pe cele mai ocolite căi. Uneori ajung chiar să-și ofere suferința – simbolic – pentru câteva cuvinte calde. S-a vorbit dintotdeauna despre *rolul victimei* – *micuța de 14 ani, care consimte fără plăcere să aibă raporturi sexuale sub presiune și amenințări, temându-se să ție și să se facă auzită... cu ușurință necazul devine public... prietenii, colegii își dau coate pe culoarele școlii... valuri stârnite de un incident cu urme amare... poate timpul le va șterge... dar până atunci? Cei slabi încearcă să facă față unor astfel de situații printr-o forță ce acționează precum un bumerang, întorcând asupra Eu-lui învins întreaga povară. Fetița a găsit un drum de a se salva – să spună tuturor, ca și cum le-ar cere iertare, ca și cum i-ar obliga să o înțeleagă, ca și cum și-ar afixa pe piept o pancardă „am fost violată“, care de fapt ar vrea să exprime mult-visatul deziderat al copilăriei cerut inconștient și fără excepții: „acceptați-mă necondiționat“.*

În final, totul se rezumă la a-ți depăși vechile amintiri mute, care încărcate cu o anume putere „magică“ indusă de dăinuirea peste generații dictează surd, dar cert, cursul unei existențe repetitive. Nevoia de identificare cu una din figurile marcante ce ne jalonează primii pași spre lume este puternică. Iar dacă patternul perceput este cel al unei istorii nefericite, *lupta pro realitate*, deși acerbă, se lasă greu câștigată. Am cunoscut tinere frumoase, deștepte, talentate și înzestrate pentru succes, al căror trecut familial pe linie maternă era dominat de *violență conjugală*. *Înclinația spre relații conflictuale, certuri perpetue, disperare, părăsire și singurătate le-a răvășit mulți ani ai adolescenței*. „Obligația“ de a fuziona cu trecutul persoanei iubite ascunde *magnetismul irațional al acestei atracții fatale dizarmonice*. Eliberarea de complexele inconștiente ar presupune renunțarea la „condamnarea“ propriei fericiri în termeni de *vinovăție* sau *culpabilitate*. Între *moralitate* și *masochism* nu este decât o diferență de nuanță. O autoritate excesivă din partea unor părinți – ei înșiși supuși sau (de ce nu?) blazați – poate funcționa drept nucleu masochist erijat sub forma unei moralități exemplare. Și cum ar îndrăzni atunci aceste fete să-și construiască *reușita intimității de cuplu* pe ruinile feminității distruse ale propriilor mame?

4.2. Despre vinovăție și iertare

Întotdeauna oamenii au o motivație pentru faptele lor. Problema este în ce măsură aceste rădăcini ascunse ale unor greșeli justifică iertarea celorlalți. *Femeia necăjită, cu patru copii, de curând șomeră, cu soțul alcoolic, care o bate tot timpul și-i ia fără milă ultimii bani pentru a-și domoli viciul... răspunde blajin: „Ce să fac? E omul meu!”* Este o toleranță la suferință ce depășește orice explicații raționale legate de substratul material al unei căsnicii.

...Cele zece porunci... „Să nu furi”... capătă un cu totul alt sens... *O mămică tânără, cu un copil din prima căsătorie, încearcă să-și refacă viața cu un soț nu tocmai potrivit... băiețelul fuge disperat și în repetate rânduri la străbunici, undeva departe, la țară... viitorul tătic, depășit de situație, decide ca cel mic să fie dus la școala de corecție... femeia se simte prinsă la mijloc și-atunci vinovați devin bătrânii (!) care au „furat” dragostea puștiului oferindu-i iluzia unui cămin mult dorit... „Bunicul meu m-a șantajat că dacă nu-i dau copilul o să moară de supărare... îmi spunea mereu că micuțul este lumina ochilor lui... Am cedat, deși am suferit că mi-am pierdut băiatul...”*

*Văduva ce își vinde casa din sat în care a trăit în belșug pentru a-și ajuta nepotul tânăr căsătorit să ia o garsonieră la oraș... ajunge „pe mâna norei” alungată de colo-colo, între lucruri străine, departe de amintirea și mormântul soțului... și așteaptă... Dumnezeu știe ce... **că mare e puterea și mila lui!***

Există oameni cu sentimente puternice, atât de iubire, cât și de răzbunare; există oameni pentru care iertarea vine *instantaneu*... și există alții ce se simt securizați urând. Nu degeaba o fi apărut celebra expresie populară „*e prost de bun!*” De multe ori, din păcate, *caracterul* este confundat cu *inteligența socială* – acea condiție facilitatoare actualmente pentru o penetrare strălucită în high-life-ul intelectualității contemporane!

Am întâlnit familii, este adevărat – din ce în ce mai puține astăzi – care găseau pentru fiecare vecin sau prieten câte un compliment plăcut, *creștini* pentru care *fiecare are calitățile lui*, ce trebuie remarcate... **numai să vrei!** Priveau cu bucurie și dragălașenie micile idile sentimentale ale copiilor, admirau cu interes bebelușii de pe scara blocului și sufereau realmente pentru fiecare *fată înșelată* de câte un *nenorocit*. Curiozitatea și starea de spirit mereu „în pas cu vremea” le-a menținut anii neatinși de necazurile bolilor. Îi urmăream cu plăcere, în timp ce alții se întrebau răutăcios „*de ce le-o merge așa de bine?*” **A gândi pozitiv** este o mare șansă pe care, **cu înțelepciune**, singuri ne-o putem oferi. ...*Bunica ce-și consolează nepoata care tocmai a picat un examen important, în timp ce colega – „mai puțin înzestrată de la natură”, dar cu părinți „bine puși” – reușește cu succes – „lasă, mamă, rămâneți prietene, că-ți vine și ție norocul!”... Mai alaltăieri o vedeam cum iubește cu duioșie un mic strănepot adus pe lume de mezină favorită – „din flori”, dar „e așa de frumos și deștept!”* Am auzit c-a murit... Ne ducem cu toții... Tot ce rămâne este **imaginea** ce dăinuie prin sufletele „urmașilor urmașilor” noștri... S-a stins demn, în aceeași pace sufletească în care și-a trăit întreaga existență, după ce-a apucat Revelionul și și-a serbat ziua *de Sfântu’ Vasile* cu cei trei nepoți și patru strănepoți... A făcut chiar și-un tort... Trecuse cu mult de optzeci de ani... O moarte ușoară, fără suferință, înconjurată de cei dragi... Sfârșitul vine firesc, ca de la sine... Ce ți-ai putea dori mai mult? În urmă rămân cei mici îndurerați, dar cu o liniște interioară *de neînțeles* pentru cine n-a știut **a trăi în cumpătare**.

Arhetipul de **Alma Mater** sau cel al **Bătrânului Înțelept** au dispărut. Uneori mă gândesc că s-au pierdut și din imaginația noastră! Vedem la tot pasul bătrâni egoiști, ce-ar fi în stare să se bată pentru locurile din autobuz, suferinzi ce-și expun necazurile cu un aer de revoltă la adresa copiilor sau a celorlalți, aceluia mulți, care deocamdată și încă *mai au putere!* Vârșnice *cochete* ce nu-și uită machiajul, dar care nutresc o vădită ură în raport cu adolescenții *ce-și permit* să-și manifeste bucuria chiuind la o petrecere! Disperarea existențială originată în frustrările trecutului îi face să creadă că tinerii ar fi în stare *să le fure* ultimele rezerve energetice în discuții superficiale, sterile, îndepărtate de centrul din ce în ce mai strâmtorat al propriilor preocupări. **Sufletul tânăr** – mult invocat de poeți – are un atât de acut și real înțeles! Semnificația *tineretii fără bătrânețe și a vieții fără de moarte* este lângă noi, aproape palpabilă... Numai de ne-am putea păstra ochii **mari** și **uimiți** de copil!

Și ura își are atu-urile ei! Puterea ce decurge automat din forța răului este mai sigură și mai rapid obținută! Urând, Eu-l se învinge pe sine într-o manieră impunătoare, chiar dacă nu și prolifică. Este vorba de o securizare bazală, ce ne amintește de nevoia de siguranță fizică, cel mult biologică, a omului primitiv. A-ți apăra teritoriul propriei ființe în manieră de luptă – iată „dezideratul” celui ce se bucură urând! Sentimentele negative dau iluzia unei măreții a lumii interioare prin beția unei pseudo-stăpâniri, surrogatul unei maturități cognitive și afective ce amăgește și înstrăinează individul într-o lume uneori *ca o junglă*, alteori *ca un deșert steril*, la fel de pustiu precum sufletul din care izvorăsc emoții amare.

Uneori încerci să ierți. Se spune că asta-i mai ușor, mai greu este să și uiți! Rămâne obsesia că ți-ai deformat personalitatea, că „*ți-ai călcat demnitatea în picioare*”; că drumul drept ți-a fost frânt de necinste. Iertând repetat „*greșelilor noastre*”, ni se pare că soarta e crudă, că nu mai există acel echilibru exterior universal atât de necesar *mersului înainte*. Dispare a-tot-puternicia pe care se sprijină întreaga arhitectonică a lumii interioare subiective. Și atunci, ne chinuim perpetuu a alege între extreme, a decide **ce, cât, cui și cum iertăm, pentru cine** ne sacrificăm – **de la orgoliu egoist la dăruire altruistă!**?

4.3. A învăța să dăruiești iubirea sau travaliul civilizației

Conduita reprezintă totalitatea reacțiilor organizate ce constituie modul de răspuns al individului la acțiunea *factorilor interni subiectivi*, dar și a *mediului* – ținând cont de selecția intrinsecă dintr-o multitudine de alegeri posibile. Transformarea Eului în relația cu *alii* și cu *sinele*, valorile și normele culturale, civilizația însăși constituie o unitate funcțională, dinamică, interacțională, dotată cu autoorganizare și autoreglare. Făcând o analogie cu paradigma rezolvării generale a problemelor, **comportamentul matur** presupune întotdeauna, alături de elaborarea adecvată a unui plan strategic, o sistematică și critică evaluare.

O discuție asupra structurilor motivaționale, organizatorice și reflectorii, implicate în conduita unei persoane, nu se poate face excluzând rolul determinant al **familiei** – *imaginativ, empatic, provocant, dialectic sau decizional* – *activ*, în condițiile socializării integrative. Familia, prin tonalitatea și atmosfera sa afectivă, reprezintă un semnificativ

climat educativ. Dezacordurile și tensiunile existente vor genera în conștiința copilului îndoieli, reticențe, neadaptare. Așa cum sintalitatea diadei parentale transcende personalitățile individuale ale mamei și tatălui, putem vorbi de **caracterul familiei** de proveniență, văzut ca profil psiho-moral, constelație de atitudini, acte cognitive, afective și volitive organizate într-un sistem complex, deschis, ierarhic – *stabilizator* sau *perturbator* – esența normativă și operativă în care se originează Supra-Eul.

Stăpânirea de sine, bogăția sufletului, consistența, generozitatea, puterea, suplețea, disciplina sau optimismul depind într-o mare măsură de trăsăturile pe care le are familia în care micuțul se dezvoltă. Există familii *reprobatoare*, care înăbușă spiritul de independență, subapreciind nivelul de performanță al copilului – părinți inhibați, ce-și reprimă dorințele și speranțele, se tem de orice judecată de valoare, de orice notă apreciativă ce ar putea fi îndreptată asupra sieși, nutriend ascunse complexe de inferioritate, pe care le transmit mai departe. La polul opus se situează familiile *liberale*, ce se centrează constant pe conservarea și perpetuarea *vieții*, spre dilatarea timpului, căutarea plăcerii și evitarea durerii. Există familii *integrate social*, sigure pe sine, cu un grad ridicat de receptivitate inovatoare și familii *la limita integrării*, nesigure, închistate, refractare, lipsite de posibilitatea de a-și prevedea și coordona evoluția ulterioară, centrate de aspecte „instinctive”, similar perioadelor timpurii ale umanității.

Întâlnim familii *active*, în care principala însușire este aceea de a se afirma, de a lupta cu greutățile, de a se impune – în sensul bun al cuvântului, încurajând formarea dinamismului, încrederii și motivației muncii. Familiile *pasive* se conturează ca fiind indiferente, indolente, înclinate spre trăirea eșecului și descurajarea în lupta cu obstacolele (după A. Cosmovici și L. Iacob, 1999). Din păcate, societatea de tranziție a făcut posibilă interpretarea într-o manieră personală a dimensiunii dinamico – energetice a *genericeii lupte pentru supraviețuire*. În condițiile în care obiectivul princeps al educației ar trebui să-l constituie formarea în copil a spiritului de înțelegere a valențelor superioare ale verbului „a oferi”, prin trăirea plenară a bucuriei de a *dăru*i, părinții, mai disperați ca niciodată, acționează în virtutea unui *egoism* existențial a-tot-puternic. Acel pedagogic *a stârni în copil spiritul de reușită* se hiperbolizează în inducerea unor atribute egocentrice – „a nu-l ajuta pe cel de lângă tine”, ca nu cumva să-ți anihilezi forțele într-un potențial concurs pentru o cauză rareori evidentă.

Ne-am învățat să fim răi și să-i percepem pe cei din jur împovărați cu trăsături negative. Ne urcăm în lift cu suspiciozitatea că *celălalt, necunoscutul din preajmă*, ar putea oricând să-și dezlănțuie pornirile agresive. Atunci când sună telefonul în miez de noapte, primul lucru ce ne trece prin minte este acela că suntem „victimele” unei farse stupide, că X sau Y dintre cunoscuți – dominat de inconștiente sentimente de invidie – recurge la aceste tentative minore de a ne risipi liniștea spirituală. Am uitat să fim *buni* să gândim prin prisma celui univers comunitar, excluzând în mod deliberat din preocupări *mila și îngrijorarea pentru semen*i. Poate că sunetul telefonului este o tentativă disperată de a comunica, de a cere ajutorul unui necunoscut. atunci când absența emoțională a propriei familii devine perceptibilă – expresia faptului că *undeva, departe, cineva suferă*.

Ne angajăm în competiții absurde, cu adversari cunoscuți sau imaginari. în care singurele calități ale posibilor parteneri sunt cele intelectuale, ca o iluzorie condiție a câștigului într-o lume mecanică, în care creativitatea și emoționalitatea au pierdut teren. Liniștea interioară, blândețea temperamentului, ingeniozitatea, căldura afectivă

și empatia sunt înlocuite de căutarea ardentă a inteligenței, rezolutivității, aptitudinii de a „te strecura prin viață” – până și atunci când viitoarele mămici își aleg partenerii după criterii absurde în care pe primul (și mult căutatul!) loc ce contează se situează QI-ul – ca premisă a conceperii unor copii deștepți! Am devenit lipsiți de spontaneitate și predispuși să acceptăm de-a gata dogme fundamentale, fără a le reanaliza sau a le pune la îndoială.

Deși abia perceptibil, suntem, **totuși**, înfrânți de o culpabilitate *in status nascendi*, ce ne sfâșie sufletul între dorința de separare în cel mai individualist sens al termenului și nevoia de uniune și aderare la problemele fundamentale ale *celuilalt*. Maniera logică de a-i face pe oameni mai permeabili la suferința semenilor sau scopul ultim al *Decalogului* este aceea ca **fiecare să-și „ceară” singur SCHIMBAREA** (D. Ernest, 1971). Ea este posibilă în virtutea funcționalității cvasiumane a trinității denominative *BINE, ADEVĂR, FRUMOS*, căci, la urma urmei „*cras amet qui numquam amavit, quisque amavit cras amet*” („*măine să iubească cine n-a iubit niciodată, și cel ce-a iubit azi, să iubească mâine!*”).

CAPITOLUL 5

Copilăria

*Doamne-Doamne-i meșter Faur,
Sunt în lume un pitic,
Universul meu de aur:
Mami, tati, „mâțul“ mic.*

*Crezul meu să mă fac mare
Îmi răsună din dorinți!
Rostul vostru, mi se pare,
Este să îmi fiți părinți!*

5.1. De la paradigma copilăriei la „datoria“ de a fi părinte

Universul valoric ar trebui să fie centrat de ideea *creării și perfecționării* lui **Homo civitas** – „produs“ al societății, prin conștientizarea existenței superioare, a autoactualizării, a moralității, rafinamentului și calității (Ion Neacșu, 1987). În ce măsură acest deziderat este actualmente atins – rămâne o întrebare insidioasă și obsesivă, cu rădăcini în inconștientul personal și colectiv, ce ne modifică *percepția actuală a marilor adevăruri*. Concepte precum: *politețea, altruismul, speranța, libertatea, sănătatea sau fericirea* capătă un nou sens, prin prisma căruia răspunsul pozitiv la cea mai veche dilemă a umanității – **a face sau a nu face un copil** – capătă un alt înțeles. *Structura motivațională* își reorganizează configurația – de la ideala *răsturnare a piramidei trebuințelor*, în care împlinirea valențelor latente devine argumentul ființării, și până la acea *piramidă cu baza lărgită*, în care nevoile primare sunt trăite acut, când *a avea copii* este „o pacoste“ – cuvinte rostite cu disperarea dictată de lipsa mijloacelor de subzistență.

Elementele realității copilului trezesc amintiri prin forța pulsionii transgenetice. El redeșteaptă traume, conflictualitate sau tristețe nemotivată – atunci când trecutul revine sub formă de afect pur, adultul nefiind în stare să identifice căruia moment din starea sa de copil, cărei emoții de altădată îi corespunde nostalgia nejustificată la contactul cu **rolul parental** (M. Bydlowski, 1998). Demisionarea din fața acestei „sarcini“ exprimă dorința de *nematurizare*, tot așa cum dată fiind noua schimbare a statutului femeii, aceasta își dorește poziții egale cu bărbatul, iar atunci când din variate motive nu le obține, își invocă propriul copil ca sursă a tuturor nerealizărilor, în paralel fiind frecvent *sentimentul de a fi o mamă ideală*. Este ciudat cum sunt înlocuite dăruirea și căldura autentică prin nesiguranță, frica de a nu greși, atenția exagerată și impresia unei munci epuizante – grație căreia micuțul este perceput ca „*dificil*“, frază frecvent reproșată acestuia în evoluția sa ulterioară.

Copilul lui Creangă a dispărut... imaginea „vârstei fără griji“ fiind luată de asidua căutare a tehnicilor pedagogice ce ar putea asigura copilului o inteligență maximă, dublată de o vastă cultură – ca **sigură și singură realizare** a unor părinți obosiți de a da piept cu viața...

„*Timpul prezent*” este din nou incriminat pentru a explica translația de la modelul *familiei tradiționale, extinse*, la *familia modernă*, limitată la unul, maximum doi copii, în care părinții înșiși induc cu prea multă ușurință sentimentul competiției, al egoismului și rivalității, privându-l de satisfacția experienței de *a oferi*, când de fapt dezideratul oricărei educații ar trebui să-l constituie înlocuirea interdictivului „*a nu avea voie*” prin antrenarea în jocul dual **a primi – a dăru**i – exercițiu afectiv capabil a genera autentică trăire a *mulțumirii sufletești*. Timpuria maturizare emoțională a copiilor „*din ziua de azi*” – atunci când la nici șapte ani afirmă deprimant „*îmi oferi totul, mai puțin să stai cu mine!*” – ne face să conștientizăm cum părinții se „aruncă” în „crâncene lupte” spre agonisirea *celor necesare* de tânăr, acest miraj al securizării prin *confort material* eludând aderarea totală la **bucuria de a fi părinte**. Astăzi totul se programează: momentul concepției, data nașterii, sexul copilului, în timp ce viitorul ingineriei genetice este reprezentat de posibilitatea alegerii caracteristicilor fizice (și psihice!) ale acestuia – în virtutea unei greșite interpretări a ideii de planning familial, sub care se ascunde atât *nesiguranța existențială*, cât și *dorința de putere*. Am pierdut spontaneitatea, imaginativul, aptitudinea de a fi inventivi și capacitatea de „**a simți clipa**”, de a fi recunoscători celui „**hic et nunc**” oferit de ineditul unui copil ce „*vine pe lume*”... *nechemat*.

5.2. „M-am sacrificat pentru copilul meu”

Ajungem la o vârstă când copilăria rămâne doar o umbră a amintirilor noastre – moment în care încercăm, mai mult sau mai puțin conștient, să o regăsim simbolic în propria dorință de a avea copii. „Criza existenței maturative” permite reconstrucția personalității din perspectiva „primirii” micuțului, iar acesta pășește în viață încărcat cu toate dorințele și proiecțiile părinților săi. Acceptarea ideii de părinte se realizează gradual și diferit la femeie față de bărbat. Să ne aducem aminte cuvintele lui Nietzsche, atunci când încerca să înțeleagă misterul de a fi mamă – „*la femeie totul este o enigmă, ce are o unică soluție: sarcina*” (după M. Bydlowski, 1998). Din păcate, societatea modernă, dominată de negarea modelelor tradiționale, a estompat femeii această „*necesitate*”, ea reușind să se considere profund împlinită moral și social și în absența copiilor. Totuși, ideea prelungirii propriului Eu prin copil a rămas adânc înrădăcinată în inconștientul ancestral și vine o vreme când „*nirvana sarcinii*” reprezintă actualizarea „speranței” de a redeveni copil.

În primul moment, a fi însărcinată înseamnă pentru femeie, mai puțin a avea un copil, cât, mai ales, a fi ea însăși copil și a re trăi această bucurie originară printr-o invadare narcisică. Din această perspectivă, momentul nașterii constituie o pierdere ineluctabilă, iar frica despărțirii de bebeluș sau acea bine cunoscută teamă de a nu i se schimba copilul, traduc separarea de o parte a propriului eu. Stările depresive ce caracterizează primele zile postpartum pot fi depășite mai ușor dacă îi este încurajat *narcisismul*, tot ceea ce ea face bine, acea „capacitate maternă” în status nascendi.

Un rol deosebit îl are mama tinerei fete în formarea *aptitudinilor și deprinderii* de a fi ea însăși mamă. Multe femei nu pot da viață primului copil decât la vârsta pe care o avea propria mamă când le-a dat naștere (M. Bydlowski). Este important modul în care mama își pregătește fiica pentru tot ce înseamnă momentul nașterii. Din păcate, sunt multe femei ce au rămas cu traume majore legate de această experiență, mai ales

din cauza propriilor frustrări și neîmpliniri ulterioare, sentimente negative pe care le transmit fără să-și dea seama fiicelor în momentul în care acestea sunt pe punctul de a deveni mame. Am auzit frecvent femei ce le anxietau pe tinerele novice povestindu-le despre „*durerile cumplite, asemănătoare morții, cum că nimic în lume nu poate fi mai periculos, cum le este primejduită sănătatea, fiind vorba de chinuri cumplite, de neimaginat*“. Am întâlnit și situații extreme în care se spunea că „*boțul de carne*“ nu merită aceste sacrificii. Popular se spune că o dată cu expulzia bebelușului toate durerile „au dispărut ca prin farmec“, asigurându-se sănătatea psihică a noii mămici, de care depinde liniștea și echilibrul sufletesc al copilului. Acele mame ce după mai bine de douăzeci de ani își amintesc cu groază de „*țipetele nașterii în care invocau medicul „să le scape de propriul copil*“ au majore probleme legate de propria identificare, de propriile conflicte nerezolvate, de autentică iubire și dăruire de sine și, mai ales, de problema acceptării bărbatului și a rolului primordial al acestuia în viața emoțional-afectivă a familiei. Din păcate, această dramă a propriilor traume lovește crunt și pentru a doua oară, exact acel copil (mai ales atunci când este vorba despre o fetiță) ce a fost fără voie sursa anxietăților sale. Aceste cazuri sunt din ce în ce mai frecvente în zilele noastre, când s-a schimbat rolul dominant al femeii în societate. Copilului îi sunt transmise toate reproșurile și toată energia negativă asociată cu „sfaturi“ disperate de tipul: „*să nu faci copii, că-ți vor distruge viața și nu te vei mai putea realiza, uite-te la mine...*“, neomisă fiind ideea sacrificiului pentru micuț.

Pentru ca totul să se desfășoare normal, natural și firesc, tânăra femeie are nevoie de suportul moral și afectiv al mamei sale, de cuvinte blajine și mai ales de încurajarea explicită legată de experiența pozitivă a maternității, deoarece **a naște** înseamnă **a recunoaște amprenta mamei în „construirea“ propriei personalități**. Poate de aceea, singura femeie căreia o mamă îi poate încredința copilul fără gând ascuns este mama sa idealizată. În inconștientul fiecăruia, viața nu este un cadou gratuit, ci poartă în sine cerința de a înapoia. Privit prin acest unghi, prin primul copil o femeie își „plătește“ datoria față de propria mamă (M. Bydlowski).

Dincolo de percepțiile religioase, avortul reprezintă nu numai uciderea copilului, ci mai ales uciderea dorinței de a fi mamă și totodată uciderea simbolică a propriei mame. Este vorba de o fericire iluzorie asociată cu menținerea intactă a narcisismului tinereții, alături de refuzul de a se înscrie într-o filiație prin nerecunoașterea datoriei de a fi părinte. Am cunoscut femei ce „se laudau“ cum au făcut zece avorturi și „*uite, copilul-în-sfârșit-născut ce plin de calități este!*“, ca și cum acesta ar trebui să „plătească“ prin realizările sale tot ce ar fi putut oferi mamei ceilalți zece copii nenăscuți. Am întâlnit mame ce povesteau fetițelor de opt-nouă anișori despre posibilități frățiori ce au sfârșit în avorturi ulterior regretate și pe care îi vor regăsi mai târziu în lumea îngerașilor. Există femei pentru care avortul este doar o încercare de verificare a „bunei funcționări“, pusă sub semnul întrebării de eficacitatea contracepției; este „tributul“ ce trebuie plătit pentru „*a fi femeie*“ – în cel mai general sens al termenului. Atunci când imaturitatea sexual-afectivă și socială nu permite transcenderea personalității prin experiența maternității, multe femei sfârșesc o sarcină inconștient dorită printr-un avort, trăind ulterior sentimentul unei „plenitudini“ de „a fi femeie“, ca și cum avortul ar fi o traumă obligatorie în maturizarea feminină.

A fi părinte nu este o obligație, nu este un sacrificiu, nu este un merit, este o experiență ce se învață în permanenta interacțiune a vieții de cuplu, este ceva firesc, ce vine ca de la sine și se petrece **pur și simplu**. Ideea sacrificiului pentru propriul

copil aduce cu sine, dincolo de frecvent invocatele frustrări materiale, frustrări afective de netrecut, experiențe ce se vor răsfrânge peste ani în viață, exact asupra aceluși copil căruia i-au fost „dăruite“.

5.3 Paternitate biologică – paternitate simbolică

Este bine cunoscută starea psihică particulară a femeilor însărcinate, a cărei trăsătură princeps este instabilitatea emoțională. Aceasta este numai parțial justificabilă prin argumentele fiziologice, corelatele psihice, mai ales cele inconștiente, fiind centrale în explicație. Femeia *este răsfățată* din toate părțile – în primul rând de soț (căci acum este momentul de a-i cere tot ce-și dorește!), de părinți, de colegile de serviciu ce-și aduc aminte cu nostalgie de propriile sarcini și-și redeșteaptă dorințe materne protective față de tânăra novice, chiar și de cadrele medicale la scurtele întrevederi periodice. Este o stare particulară de **bine** pe care cei din jur se străduiesc s-o creeze, parțial pentru a compensa micile probleme și disconfortul somatic inerent, parțial din concepția populară „*bucură-te acum, căci după ce vine bebelușul treci pe locul doii!*“. Labilitatea provine din chiar această idee ce devine sursa unei anxietăți a stăpânirii de sine, deoarece sarcina este o perioadă de conflictualitate.

Copilul este în același timp *prezent* și *absent*, neputând fi reprezentabil decât fantasmatic. În aceeași măsură, viitoarea mămică nu se poate imagina pe sine în ipostaza *dăruirii totale*, deoarece această experiență îi este momentan străină. Maternitatea este ceva ce se învață și vine de la sine, orice încercare de „construcție“ anterioară putând stârni anxietatea pentru o femeie sensibilă și hipercorectă. Gândurile sunt nostalgice și centrate pe copilul care a fost cândva viitoarea mămică, atitudine pe care o putem numi *trasparența psihică datorată sarcinii* (M. Bydlowski, 1998). Acum femeia își aduce aminte, mai mult ca niciodată, de mângâierile propriiei mame, de jucăria preferată, de culorile plăpumioarei și de nopțile în care somnul îi era privegheat. În virtutea acestor memorări puternic evocate, *fragilizarea* psihicului o face să-și modifice comportamentul, cerând parcă protecție și accentuându-și acroșajul față de cei dragi.

Nu același lucru se întâmplă însă cu soțul. Mai în glumă, mai în serios, este frecventă ideea că bărbatul nu este suficient de matur la nașterea primului copil. Dacă cel mai frecvent femeia simte că **a câștigat** prin bebelușul ce tocmai a venit, bărbatul simte că **a pierdut** ceva, fără a-și putea da seama ce – probabil acel a trebui să-și împartă cu micuțul dragostea soției, pe care o considera ca o proprietate absolută. El se simte oarecum exclus, văzând în grija mămicii pentru prunc momente de intimitate față de care trăiește o gelozie stranie. Încă din timpul sarcinii, separat de corpul copilului ce se va naște, bărbatul tinde **să ia distanță**, mai ales că soția este protejată permanent, în timp ce lui i se cere numai **să ofere** (afecțiune, sprijin, suport moral și, nu în ultimul rând, material). Procedând astfel, viitorul tată contribuie la propria excludere (M. Bydlowski).

Fără a încerca să generalizăm, situația anterior prezentată se referă la bărbații pentru care dorința de a avea un copil se formulează prin dorința partenerei, la care el nu face decât să consimtă. Comportamentul ulterior, fuga în nonpaternitate exprimă „speranța“ de a rămâne un *fiu perpetuu*. Din această perspectivă regresivă, *nu ar*

exista loc pentru doi copii în preajma unei singure femei, sau, în orice caz, copilul **autentic** ar primi mai mult.

Concepută astfel, problema paternității rămâne o ecuație psihică, deoarece prin copil se exprimă *nevoia regăsirii*, el reprezintă *reuniunea, liantul, factor de dragoste, atât pozitiv cât și negativ, identificare narcisică, dar și separare*. Dezvoltarea dorinței de a avea un copil depinde pentru bărbat de propria sa dezvoltare afectivă. Copilul este *obiect* absolut pentru femeie, nu și pentru bărbat, motiv pentru care, opus față de ceea ce înseamnă „*a învăța să fii mamă*”, esența paternității rezidă într-un proces de gândire. O dată cu acordarea numelui, copilul este înscris într-o veritabilă datorie a vieții printr-o filiație. Paternitatea simbolică urmează paternității biologice (dată de certitudinea „*e al meu!*”) și celei narcisice (exprimată prin „*mă recunosc în copil!*”). Ea funcționează inclusiv în adopție – când părintele afirmă fericit „*are gesturile mele!*”, mai ales că întotdeauna există rațiuni narcisice pentru care dintr-un orfelinat alegi un anumit copil. De multe ori, compensator pentru această excludere fizic percepută, apare inflația filiației masculine sau fantezmele paternogenetice, frecvente la arabi și patriarhali, pentru care femeia nu este decât un receptacol.

Pentru bărbat, primul moment în care începe construirea *ideii de tată* este atunci când soția îi anunță prezența sarcinii. Pentru a putea face față evenimentului **în cel mai bun mod cu putință**, își susține Eu-l fie prin raportare la propriul tată, fie – atunci când acesta a fost absent afectiv – la propria ascensiune profesională. Momentul nașterii exprimă confruntarea reală cu copilul și sexul acestuia. Ulterior, la prima adresare relațională a micuțului, tatăl simte **autenticarea funcției parentale** (după M. Bydlowski).

5.4. „A învăța” să fii mamă

„*Dorința de celălalt*” este, poate, sentimentul cel mai specific uman, încărcat cu toate așteptările proprii copilării. Aceasta poate explica de ce atunci când fiecare ajunge la vârsta procreerii *își alege în mod unic partenerul cu care dorește să aibe copii*. Ideea de *tată unic* nu este singulară, frecvent fiind întâlnit și reversul, atunci când un bărbat își dorește copii *cu o anumită femeie*. *Micuțul* este ca o pagină albă, pe care se înscriu prin identitate proiectivă toate fantezmele părinților, constituindu-se o adevărată ecuație psihică în care bebelușul are o dispoziție aparte de a resimți atât afectele pozitive, cât și pe cele negative. Cheia sănătății psihice a unui copil ține de **rezonanța afectivă** stabilită cu părinții, deoarece interacțiunea dintre aceștia „*este ca un dans în care fiecare face pașii săi*”.

Oboseala, insomnia, anxietatea, într-un cuvânt, ritmul maternal, rapiditatea și consecvența cu care mama se mobilizează la „chemare” sunt într-o mare măsură dictate de rememorarea propriilor conflicte infantile, căci elementele realității copilului trezesc amintiri datorită încărcăturii lor transgenetice (M. Bydlowski, 1998). De aceea, în pregătirea psihologică a femeii pentru naștere și pentru primele zile petrecute alături de bebeluș, trebuie să se țină cont de narcisismul ei – de tot ceea ce înseamnă EA ca ființă, căci viitoarea mămică nu este doar „o căsuță”, ea se implică *prin cele mai adânci rădăcini ale unui Eu fragilizat de situația fiziologică particulară a sarcinii*. Poate acesta este motivul pentru care multe femei, la scurt timp, nu-și mai amintesc aproape nimic din primele cinci-șase luni de viață ale copilului sau au amintiri vagi, „ca prin ceață”.

Traumatizate de propriile copilării îndepărtate, sunt dominate de spălatul sisific al unor lucrșoare oricum curate, de sterilizarea obsesivă a biberoanelor, de atenția exagerată față de orice zgomot ce ar putea perturba visele micuțului. Am întâlnit mămici atât de îngrijorate de somnul pruncului, încât îl supravegheau permanent, sensibile la fiecare răsuflare, iar când în sfârșit acesta adormea, îl trezeau fără voie – dintr-o teamă inconștientă de a nu se întâmpla ceva rău atunci când micuțul este liniștit.

În cazul acestor mame, peste ani în viață, rămâne sentimentul de a se fi sacrificat pentru copil, dublat de ideea că sunt mame ideale, prin curățenia și hiperatenția acordate. În paralel, dacă întâmplător fac o comparație cu modul în care „vecina” și-a crescut copiii, fie își exacerbează sentimentul de a fi exemplară, toate *celelalte* devenind superficiale și dezinteresate, fie ajung la concluzia că *au avut un copil rău*.

Normalitatea, centrată de experiențele realității, arată că de fapt primele luni ale bebelușului sunt cele mai ușoare, deoarece la *cerințele* acestuia răspunsurile ar trebui să fie mai mult non-verbale, mimico-gestuale și profund încărcate de liniște. Atâta timp cât un copil sănătos din punct de vedere somatic primește suficient lapte, majoritatea problemelor care se descriu ca frecvente acestei perioade sunt de fapt proiecția anxietății și neînțelegerilor dintre părinți. Mult descrisele colici, în care mămica disperată nu știe ce medicamente sau ceaiuri să administreze, se „rezolvă” ca de la sine, atunci când copilul este luat în brațe și mângâiat, când i se acordă atenția bine-meritată. Aceasta, cu atât mai mult cu cât „crizele” apar în momentele de tensiune afectivă și încordare din familie sau atunci când părintele însuși este obosit, nemulțumit, nesigur și stresat.

O altă problemă întâlnită la tinerele mămici, ce se prezintă la doctor pentru agitația bebelușului, este creată de o alimentație necorespunzătoare prin laptele de sân. Medical gândind, cazurile de hipogalactemie autentică sunt extrem de rare, motiv pentru care încă din maternitate este puternic susținută alimentația naturală, atât din cauza superiorității dată de prezența anticorpilor, cât și datorită puternicului liant afectiv ce se creează în timpul suptului. Am întâlnit o pacientă, profesoară de matematică, mamă a doi copii, ce le povestea celorlalți cum *senzațiile încercate când a avut copilașii la sân constituie cel mai înălțător sentiment*.

Din păcate, o dată cu „emanciparea” femeii, în inconștientul acestora apare din ce în ce mai frecvent refuzul alăptării din motive extrem de variate, începând cu teama de a nu-și strica sânii și terminând cu ideea că sunt „legate” de un program ce le-ar îngrădi libertatea (gândire ce provine fie dintr-o insuficientă maturizare, fie din realele probleme economice actuale, legate de dificultatea de menținere a locurilor de muncă pentru femeile aflate în concediu de maternitate, în ciuda legilor de protecție socială). Indiferent de aceste motive, în sufletul celor în cauză se duce o aprigă luptă deoarece conștient își doresc alăptarea, interiorizând argumentele medicale și psihologice, dar cu toate acestea, trăirile inconștiente sunt mai puternice. Rezultatul este *un chin*, deoarece acțiunea mecanismelor nevrotice inhibă secreția – laptele nu este suficient, copilașul suge cu disperare, provoacă ragade, femeia suferă când își vede sânii distruși, mai ales că ea face eforturi pentru a putea controla situația.

O greșeală intervențională majoră din partea terapeutului, care în majoritatea cazurilor de acest gen este medic, ar fi să acuze o astfel de mămică, mai ales că în cursul unei grăbite întâlniri într-un cabinet de pediatrie sunt foarte greu de bănuț problemele profunde, traumele și frustrările celei în cauză și cât îi este de greu să facă

față rolului de părinte. Am întâlnit o doctoriță cunoscută, șefă de secție, ea însăși mamă și, de altfel, un renumit terapeut, care amenința mămicile cu refuzul de a le mai consulta copilașii, dacă nu-i sunt respectate principiile cu privire la alimentația naturală.

În astfel de situații trebuie gândit din perspectiva a ceea ce este mai bine, *inclusiv* pentru mamă, căci de calmul ei sufletească depinde echilibrul copilului și, în multe situații, inclusiv modul în care acesta ia în greutate. Cea în cauză trebuie susținută și încurajată cu ideea că dacă îi va da bebelușului lapte praf – integral sau în completare, nu înseamnă că își iubește mai puțin copilul, ci că *în situația ei particulară – aceasta este soluția ideală*. Ea trebuie deculpabilizată de vina pe care singură și-o atribuie și, odată realizat acest pas, dublat de liniștirea micuțului ce se simte în sfârșit sătul, s-a recâștigat un mare pas în „homeostazia” familiei, mai ales că în multe cazuri aceste femei sunt învinuite inclusiv de soț, care nu le consideră „mame suficient de bune”.

O astfel de gândire din partea unui medic pediatru arată o pregătire interdisciplinară complexă și o cunoaștere profundă a mecanismelor psihologice feminine, completată de o aptitudine psihoterapeutică suportivă înăscută.

5.5. Traversarea și „urmele” complexului oedipian

Complexul oedipian este unul dintre cele mai cunoscute *fenomene psihologice* la care se face apel în limbaj comun pentru a explica diferite *probleme* apărute în viața afectivă a unui cuplu, pe care – în absența acestor *perturbări emoționale* ce vin „pe negândite” (deoarece paradoxală este „infiltrarea” lor insidioasă) – l-am fi categorisit ca *ajuns la maturitate*. Ceea ce ne determină să aprofundăm această dimensiune cu rădăcini mitologice este utilizarea peiorativă a terminologiei psihanalitice, fără a i se cunoaște importanța în influențarea homeostaziei sensibilității sufletești. Cu siguranță că atunci când auzim pentru prima dată despre universalitatea funcționării complexului oedipian – entitate în jurul căreia s-a brodat o întreagă literatură cu epiloguri triste – reacțiile sunt de la surprindere la un sentiment vag, imprecis – de rejecție, concordante cu propria dezvoltare afectivă a copilăriei. Și totuși, această **realitate psihică** este una dintre cele mai evidente, chiar și pentru cei neavizați.

Apropierea de sufletul copiilor presupune stabilirea unei modalități cât mai autentice de relaționare – acea cale sigură de a pătrunde împreună în viața lor simbolică, deoarece până la cinci ani jocul se împletește cu adevărul, iar inconstiența este *atât de superficială*... aproape „palpabil”. Curiozitatea sexuală se combină cu fantasme și reverii ce o privesc pe mamă, dar se și raportează la arhetipul sexual masculin – ca exponent al puterii ce *determină* și *suscită* transformismul, dar păstrând în el aspectul imuabil al ființei și ființării. Frustrările și *contorsionările* sufletești ce se înscriu în paleta largă a ceea ce medicii și psihologii numesc *traversarea perioadei complexului oedipian* creează **ambitia** – ca sentiment ce se va „cizela” ulterior și va fi motorul psihologic al competitivității. Comportamentul de *îndrăgostit*, rivalii suplimentari – frații și surorile, lupta emoțională „deschisă”, exprimarea seductivă a sentimentelor se petrec firesc și au doza lor de „necesar” în mobilizarea libidoului în serviciul unui Supra-Eu obiectiv (după F. Dolto, 1993).

Fetița unor prieteni îl *iubea* pe Bimbo – o combinație între păpușă și arlechin, dar care în mod sigur (și Liviana, la numai patru anișori, știa acest lucru!) vroia să

desemneze un băiețel. La întrebarea mea (ce-i drept cam „agresivă!”): „*Tu te măști cu Bimbo?*”, răspunsul a venit fulger, întorcându-mi o doză suplimentară de răutate, dictată de lipsa mea de „cunoștințe”: „*Eu, când mă fac mare, mă mărit cu tati și el mă va duce într-un castel!*”. Mami ieșea cu totul din acest itinerar, iar la insistențele mele, micuța însăși a remarcat că *o uitase din planurile sale*. Și nu de puține ori, vedem „mici prințese”, ce-și utilizează întregul arsenal de care dispun la nici trei ani – de la cel mai dulce „*v'œau*” la accesoriile vestimentare și trusa de machiaj „*a lui mami*” spre a-și seduce tăticul, care „cu greu” se lasă convins să mai cumpere (pentru a patra oară!) mult visata înghețată. Să nu uităm comportamentele puștilor *răsfățați*, care intră în luptă „deschisă” cu tatăl – îl omoară în joacă, proclamându-și „supremația” și sperând să devină (loc, de altfel, certamente ocupat!): „*number one*”.

Experiențele micii copilării – într-o familie matură și echilibrată, în care părinții și-au depășit nemulțumirile, reușind să fie suport empatic pentru fragilele făpturi ce pășesc în „sanctuarul” educației – rămân glume nevinovate, de care se va rade cu poftă cândva, acel refugiu de energie nervoasă, necesar clipelor grele de mai târziu. Necazul se întâmplă când adulții, „împovărați” de propria nesiguranță, de lipsa căldurii securizante demult refuzată, *greșesc fără voie* pavându-le celor mici calea dezamăgirilor. Putem reformula axioma hamletiană a umanității – valabilă în universul infantil ca dogmă inconștient statuată „*a fi simultan al ambilor părinți*” – sintagmă suficientă spre a ne convinge cum inteligența copiilor o depășește pe cea a „oamenilor mari”, atunci când în pragul unei înfățișări la divorț micuțul cade, se lovește traumatic, face febră mare sau o severă boală infecțioasă, ce necesită o neapărată și urgentă spitalizare.

Și dacă n-ai fi psiholog, și tot te-ai gândi intens – *unde este limita perceptibilului pentru o minte de trei anișori? Cât de profund sesizabilă este drama traversată?... Nevoia de completitudine parentală* este atât de însemnată, încât se poate opune instinctului de supraviețuire? Aici să fie, oare, urmele masochismului de mai târziu?... *Ruşinea?... Vinovăția?... Timiditatea?...* Și mamaie ce povestește „cu interes” vecinei: „*Eh!, săracu', uite-l, a rămas fără tată, da' las' că-i mai bine așa, că era un nenorocit!*”. La timidele apostrofări ale celor câțiva mai atenți la fața împietrită a puiului, completarea nu întârzie: „*E mic, dragă, ce crezi că știe el!? Până merge mâine – poimâine la grădiniță, a și uitat!*”. Cele petrecute sunt cu atât mai grave cu cât punctele de fixație survin într-o etapă a existenței plină ea însăși de constatări deprimante insurmontabile. La trei – patru ani *se descoperă moartea* (F. Dolto). Parcă spre a *învinge*, copilul se joacă de-a ucisul din ambiție și atotputernicie, ceea ce-i îndreptățește pe cei din jur să afirme „triumfători” că „*Uite cum face față, și taică-su' e plecat de cinci luni! Nici nu și-l mai amintește!*” Și pentru ca totul să fie „mai ușor”, i se cere, eventual, „*să stea cuminte și să nu se mai fâfâie*”, când bunica este atât de ocupată în a le relata cunoștințelor prin ce stres au trecut. „*Dar acum, e foarte bine!*”. Imortalitatea corporală impusă este resimțită ca sadică, în timp ce tăcerea și nemișcarea devin o mutilare dinamică îndurată (F. Dolto).

Din rândul acestora vor apărea acuze legate de dinamica sexuală normală și încă de la prima relaționare terapeutică ne „lovim” de **introspecția** crescută, ce ține de un anume fel inhibitiv de a gândi. Acestor subiecți le vor lipsi raționalitatea și obiectivismul, amplificând problemele, în detrimentul unei modalități rezolutive, reevaluându-și sistematic *valorile* și distrugând simbolic tot ce *a fost iubit*. Cei din jur sunt convinși că

micuțul nu sesizează violențele intrafamiliale, interdicțiile absurde rezultate din iritabilitatea și disperarea unei mame nefericite sau evidentele diferențe față de prietenii de joacă ce se pot refugia oricând într-o solidă armonie parentală.

Are și bunica – ce vrea să-și verse focul – dreptatea ei – **uităm** – **Dar care e prețul?** Privim conduita adolescenților la primele contacte interpersonale mai serioase. Un tânăr îngâmfat, căruia nici o domnișoară nu-i este pe plac, sigur pe sine, încrezător și „rece” la „avansurile” erotice. Fetița premiantă, care s-a îndrăgostit *de cine nu trebuie*, sistematic părăsită, și reluându-și durerea „de unde tocmai a lăsat-o”, în timp ce prietenii își dau coate: „*O fată așa frumoasă și deșteaptă! De ce s-o fi băgând în tot felul de relații proaste?*”. În timp ce o alta, mai „modest” înzestrată de soartă „învârte băieții pe degete”, și dacă *ceva nu merge*, atunci negreșit *altcineva e de vină, nu merita să-și „piardă timpul”,* și-apoi, uite, *tocmai trebuie să plece cu mami, tati și surioara în străinătate! Ca să vadă și el ce-a pierdut!*

Conștientizarea prematură a dramelor vieții într-o atmosferă de culpabilitate aduce prejudicii **dezvoltării**, iar ulterior, multe intervenții aparent anodine ale adulților, pătrunzând în imaginația copilului, au valoare de *interdicții*. Băiatul constată cu stupeoare că nu-și poate învinge tatăl prin nici un succes meritoriu și se situează aprioric într-o dureroasă și nejustificată inferioritate, refuzându-și afirmarea, în aceeași manieră în care părintele a reușit să-i inhibe orice dorință de asumare a riscului. O mamă lipsită de feminitate și căldură nu reușește să fie un suport pentru fetiță în depășirea tulburărilor angoasante generate de un eșec, iar la solicitările mai puternice ale lumii exterioare – reacțiile pot îmbrăca forma unei simptomatologii nevrotice. Fixația maternă se poate prelungi prin frigiditate, neacceptarea propriului sex, depresie marcată la încheierea oricărei legături sentimentale dublată de angoasa de a fi părăsită, precum și de o excesivă *nevoie de a câștiga* (după F. Dolto).

Normalitatea este atunci când în raport cu orice respingere subiectivă se salvează Eu-l. Faptul este posibil, dacă fazele dezvoltării sensibilității au fost parcurse corect, complexul oedipian avându-și rolul său de viitor apărător al personalității. În familiile centrate de evoluția firească și naturală a lucrurilor, rezolvarea survine ca de la sine, copilul retrăgându-se din „rivalitate” prin asemănare cu părintele de același sex. Tatăl, fiind o figură *marcantă*, este investit cu o mare admirație. Fetița se apropie tot mai mult de mamă, căreia îi preia necondiționat gusturile pentru modă, artă, frumusețe și dans. Necesitatea unui model pertinent este crucială, tot așa cum constituie o artă a ști care este *distanța optimă* până la care este bine ca micuțul să-și semene, pentru a nu cădea în ispita identificării narcisice în copil. Acesta trebuie să depășească acele cupluri antagonice legate de investiții arhaice, astfel încât complexul oedipian să se disocieze progresiv și complet, tabu-ul lui rămânând undeva obscur, în imaginar. Dacă apar „accidente” în echilibrul psihic, anii următori vor fi punctați de neîncredere – ce se întinde de la lipsa cuceririi independenței profesionale la neasigurarea libertății intime. Nelichidarea complexului corespunde cu căutarea satisfacțiilor egocentrice și creează momentul de formare a conflictelor nevrotice interioare.

Sexualitatea sănătoasă are ca scop acel **a fi fericit**, ce se măsoară sub două aspecte: pe de-o parte, activitatea erotică fiziologică, iar pe de alta – purtarea afectivă față de cel iubit. Dacă unul dintre filoni lipsește în real, apar fantasmele – ca unitatea ce contorizează *vârsta emoțională* a subiectului.

5.6. Anxietatea copilăriei – a fi sau a nu fi acceptat

Psihicul uman se susține pe domeniul învățării, având temeiuri ereditare, motiv pentru care putem considera că viața unui copil este o carte deschisă la experiență, în care dorința principală a educatorilor și, în final, a copilului însuși, este de a se adapta la cerințele părinților, ale școlii, ale prietenilor cu care relaționează și, nu în ultimul rând, ale societății însăși (după I. Neacșu, 1992). Pentru realizarea acestui deziderat este necesar ca influențele educaționale majore – reprezentate de școală și familie – să fie concordante cu mediul socio-cultural informal în care copilul își petrece timpul liber. O contribuție majoră la atingerea performanțelor esperat pentru un elev o are climatul afectiv, bine cunoscute fiind efectele asupra copiilor de 8–12 ani date de divorțul părinților, de pierderea unuia dintre aceștia sau, uneori, chiar de dispariția unui bunic de care erau extrem de legați.

Aceste psihotraume sunt pe larg studiate de literatura de specialitate. Ceea ce nu se cunoaște sunt influențele negative asupra dezvoltării emoționale a copiilor date de incidente mai puțin traumatizante, dar care, pe fondul unei insecurități existențiale și al temerii de a nu fi acceptat, marchează esențial dezvoltarea ulterioară a celui în cauză. Este vorba de copii ce locuiesc alături de familie, de multe ori în educația acestora intervenind și bunicii, dar care, totuși, trăiesc dureroase experiențe emoționale din cauza unor greșeli cu gust amar ale unor părinți neavizați și cu adevărate probleme de acceptare a propriului EU. Din dorința de a analiza aceste situații, trebuie să ne întoarcem în trecut, spre a studia motivele inconștiente ce i-au determinat pe aceștia să adere la acel îndemn morganatic de **a fi părinte**.

De multe ori sarcina, în special pentru mamă, dublată de neliniștea și nerăbdarea întâlnirii cu bebelușul, stârnește un aflus excesiv de excitații în raport cu toleranța și capacitatea sa de a se stăpâni. Multe femei își doresc un copil din speranța de a se regăsi **pe sine** în viitoarea ființă sau de a o putea „modela” exact așa cum și-ar fi dorit ea însăși să-i fie construită personalitatea. Astfel, cea în cauză ajunge să-și imagineze un copil ca pe o *clonă* sau, respectând metafora uneia dintre aceste mămici, *„îmi vedeam fetița ca pe propria prelungire și nu puteam concepe că ar fi prin ceva diferită de mine”*. Ca urmare, micuțului îi este *„ursită”* încă dinaintea venirii pe lume o anume traiectorie în care îi este înscris să repare greșelile părinților și să reușească în viață exact în situațiile și domeniile în care aceștia au eșuat. Copilul astfel conceput nu trebuie să aducă părinților bucurii *oarecare* sau bucurii pe care are dreptul singur să și le aleagă, ci **numai** acelea pe care ei au avut neșansa de a nu li și le putea împlini.

În astfel de familii, întâlnim frecvent acei „educatori” permanent nemulțumiți de rezultatele propriilor copii, în permanență dorind mai mult, și mai mult și mai mult... Părinți pentru care fetița sau băiețelul vecinului, modelele de la televizor sunt întotdeauna mai prețioase, întotdeauna oferite drept exemple în virtutea unei greșite interpretări a ideii de a *stârni în copil dorința de concurență*. Desigur că la aceste vârste fragede funcționează atât *motivarea pozitivă* (în care micuțul este laudat și primește recompense pentru micile sale realizări), cât și *cea negativă* (când nu i se mai cumpără jucăria preferată dacă rezultatele școlare nu sunt mulțumitoare) și este de asemenea bine ca cel în cauză să fie ajutat în alegerea unui model – ca imagine dorită spre care

trebuie să tindă... Dar aceasta este cu totul altceva decât a-l critica și a-l face sistematic să se simtă inferior în comparație cu dorințele conștiente sau inconștiente ale mamei sau tatălui.

Am întâlnit de curând o mămică fascinată de lumea „Tip-Top, Mini-Top” și care nu se putea simți pe deplin mulțumită trăind sentimentul maternității doar pentru sine... Fetița ei căpăta o „adevărată” valoare numai după apariția pe scenă, când mămica își vedea împlinite astfel propriile nostalgii narcisice. Micuța, de altfel extrem de frumoasă, talentată și îmbrăcată modern, nu a corespuns însă „pretențiilor” regizorilor. În momentul în care a aflat că este respinsă, la numai cinci anișori a fugit printre mașini, cu ochii în lacrimi și cu durere în suflet, căci la această vârstă copiii nu au nici măcar noțiunea unei competiții perfecte, darămite posibilitatea de a înțelege subiectivitățile pe baza cărora se fac alegerile în lumea relativă a scenei.

În preșcolaritate, singura logică este aceea afectivă, în care cea mai mare dramă este **a fi sau a nu fi acceptat**. Cu toate că acum puțin sunt cei care într-adevăr își doresc ei înșiși să fie „mici vedete”, mulți părinți își duc copiii la televiziune și îi obligă să trăiască anxietăți pe care adulții nici măcar nu și le pot imagina, doar pentru propriile satisfacții. Ceea ce nu înțeleg acești părinți este că un copil își dorește din tot sufletul **să fie iubit „de mami și de tati”** pentru tot ceea ce reprezintă el ca ființă, ca potențial, căci viața este un pariu cu sine însuși, în care, dacă în copilărie îi este asigurată securitatea psihică de care are atâta nevoie, mai târziu va ști cu siguranță **să câștige**.

5.7. Copilul și identitatea sa proiectivă

Folosim în lumea „modernă” cu destulă ușurință termenul de **personalitate** – spunem că *X sau Y este un individ cu personalitate*, vorbim cu nonșalanță despre **propria** personalitate sau auzim din ce în ce mai frecvent afirmându-se despre *cutare* individ – din lumea interlopă – cum că ar suferi de o *tulburare de personalitate*. Cuvântul în sine ne impresionează, are o marcată încărcătură afectogenă și, parcă, include în sine **sentimentul puterii**. Ne mirăm cum părinții, ca și cum ar vrea să-și extindă și să-și exacerbeze propria personalitate, transferă asupra copilului calități imaginare ce i-ar putea conferi acestuia o poziție privilegiată în școală, în cercul de joacă sau, mai ales, când este comparat cu copiii prietenilor apropiați. Atunci, *mămica* sau *tăticul* exclamă cu mândrie: „*copilul meu are personalitate*”. Din punct de vedere strict psihologic, **personalitatea** de-abia *se schitează* în copilărie, urmând să fie *pe deplin cristalizată* în anii ce marchează trecerea de la adolescență la maturitate, ceea ce ne face să credem că astfel de expresii nu justifică decât o încercare timidă a copilului (deși de multe ori interpretată de părinți drept încăpățănare) de a-și construi propria identitate, fapt de altfel îngreunat de „copleșitoarea” personalitate a părintelui ce și-a construit deja un set rigid de cerințe în raport cu firava ființă în formare.

Construirea identității psihologice a copilului nu se poate realiza în afara unui climat familial de acceptare mutuală, mai ales că la vârste fragede *personificările fantasmatică* joacă un rol esențial, căci micuțul nu relaționează cu părinții „*asa cum aceștia sunt în realitate*”, ci „*cu părinții așa cum el îi percepe*”. Modelarea personalității ar trebui să se realizeze sub directă atenție a celor mari, numai că de multe ori aceștia au aspirații disproporționate în raport cu posibilitățile reale ale copilului – situație care se finalizează de multe ori prin distorsiuni de-a dreptul caricaturale, când în vizitele „de

duminică" la rude sau prieteni micuțul *mult lăudat de părinți – cum la vârsta de cinci anișori întreabă despre infinit și lucrează cursiv la calculator – se manifestă de fapt în granițele vârstei, limitându-se la redarea unor banale poezii.*

Mai dramatice sunt situațiile în care copilul, provenit dintr-o familie cu părinți și bunici de excepție, prin *combinări genetice neștiute sau factori teratogeni ce au acționat asupra organismului matern în cursul sarcinii*, este înzestrat, din păcate, cu o inteligență de nivel submediu. Am întâlnit o mămică – renumită doctoriță, cu cărți publicate, titlu universitar și supraspecializări – al cărei băiețel cu greu făcea față sarcinilor școlare pentru clasa a doua. După multiple vizite la psihologi, psihiatri infanțili și pediatri, după epuizarea medicamentelor din gama psihotropelor (cărora un medic le cunoaște cu siguranță limitele!), după certurile, reproșurile și răutățile adresate copilului – *care nu se străduiește destul!* – **a învățat să-și coboare aspirațiile** și să se bucure de calitățile micuțului *asa cum este el în realitate*, deoarece continua raportare la imaginea ideală formată pentru copilul dorit i-ar produce o permanentă suferință. O terapie inițiată într-un asemenea caz este dificilă, deoarece *realitatea intelectuală a copilului* funcționează ca o **traumă narcisică** pentru o femeie autentic realizată profesional și admirată social. Centrală este pedalarea pe aspectele pozitive ale **sufletului**, încercând pe cât posibil excluderea obsesiei pentru *coeficientul de inteligență*. Băiețelul era, de altfel, sensibil, evident atașat de mamă, cald, afectuos, ascultător, atras de studiul naturii și care se străduia din răspuțeri să nu-și supere părinții.

Copilul, ca potențial de împlinire, se raportează întotdeauna la **ceea ce sunt și ceea ce reprezintă** – ca aspirații și poziție socială – proprii părinți. La polul opus, am cunoscut o tânără, mamă a șapte prunci (!), dintr-o familie mai modestă, dar care făcuse absolut tot ce a fost posibil atât în țară, cât și în străinătate, pentru unul dintre copii, cu sindrom Langdon-Down și care, în prezent, povestea cu mândrie cum fetița ei a reușit să ia premiul III într-o școală specială. Odată **acceptată** realitatea dureroasă, se schimbă unghiul sub care privești propria suferință și, poate, dacă încerci să subliniezi *ceea ce este bun și ceea ce copilul realmente poate*, undeva, departe, se vor ivi lacrimi de bucurie.

În afara acestor situații extreme, cei mai mulți părinți – cu un nivel socio-intelectual mediu, doresc în mod real să le dezvolte copiilor aptitudinile native, dar nu știu care ar fi calea de urmat, mai ales acum, când societatea în ansamblu este caracterizată prin lipsa unor modele și valori autentice. Am citit cu surprindere un articol publicat într-un mare cotidian și care prezenta drept *copil superdotat* un băiețel pentru care comunicarea cu părinții se realiza printr-un sistem de coduri, astfel încât, atunci când micuțul dorea prăjitura sau jucăria preferată, spunea o succesiune de cifre cunoscută numai de cei din jur. Sigur, este greu de afirmat în lipsa descrierii comportamentului afectiv, dacă cele prezentate fac doar parte dintr-un simplu joc inventat de părinți față de care copilul a avut o adezivitate crescută sau dacă, nu cumva, se schițează trăsăturile unui *autist*, ce mai devreme sau mai târziu va aparține psihiatriei. Fără cunoștințe de psihopatologie, pentru *simțul comun*, băiatul pare deasupra mediei prin capacitatea de memorare și codare, iar „*bieții*” părinți modești și neinstruiți trăiesc complexe legate de „*sănătatea psihică*” a propriului copil, ce nu se poate ridica la aceste performanțe.

Din păcate, suntem atrași de extravagante, de rezultate rapide și nu întotdeauna solide, de „mirajele” Occidentului ce își infiltrează treptat modalitățile educaționale, de

„copiii superdotați“ de la televizor sau din reviste, astfel încât **neglijăm normalitatea**, uităm că atunci când copilul a luat nota nouă să spunem firesc: „*felicitări, mâine va fi mai bine!*“.

5.8. *Epilepsia* și modul particular de structurare a personalității

Considerăm utilă alcătuirea acestui profil, prezentarea trăsăturilor prevalente devenind necesară deoarece impedimentele în inserarea socială, în genere, nu sunt reprezentate atât de manifestările neurologice ale crizelor, ci mai degrabă de determinismele psihice.

Aceste tare, atunci când sunt evidente și permanente interaccional, evocă opinii și atitudini particulare din partea familiei și mai ales a colectivului în care micuțul este integrat – reacții ce constituie o altă categorie de factori care, în loc să faciliteze încadrarea școlară, o îngreunează.

Mai mult de jumătate din copiii epileptici prezintă trăsături astenice – fie incluse în structura personalității, fie sub forma unor tulburări „actuale“, ce îmbracă forma paradoxală de **EXCITABILITATE + EPUIZARE** și se bazează direct pe particularitățile activității nervoase superioare. Corelativ, întâlnim:

- timiditate, nehotărâre;
- subaprecierea forțelor;
- mimică redusă, vorbire monotonă;
- impresionabilitate;
- irascibilitate;
- reacție de inhibare în fața emoțiilor puternice;
- fatigabilitate, vulnerabilitate, abandon ușor al sarcinilor mai dificile.

Pe fondul sensibilității – hiperestezia – acea „slăbiciune iritabilă“ – se pot dezvolta adevărate elaborări de tip senzitiv sau hipocondriac.

Prezența asteniei nu implică neapărat asocierea depresiei, uneori regăsindu-se exclusiv *note fruste*, alteleori, conturându-se o *structură distimică*.

Cea mai frecventă asociere a trăsăturilor dizarmonice epileptoide este de tipul **ASTENO-EXCITABILITATE**, cu precizarea „nuașelor psihice“ ale celui de al doilea termen – utilizat în contextul de față pentru următoarea descriere:

– manifestări rapide, consecutive toleranței scăzute la frustrare, reacții coleroase și agresive;

– neastâmpăr, capriciozitate, atitudine voluntară, adaptare deficitară la mediu (acesta fiind elementul cel mai greu de „manevrat“ și cel mai dificil de influențat din perspectiva integrării școlare, atât pe cale medicamentoasă, cât și psihoterapeutică);

– accese de mânie la contrarii minore (țipă, lovesc, distrug lucrurile). Regăsim impulsunile de ordin clastic exarcebate exploziv, cu particularitatea bine cunoscută a acceselor ce „trec repede“; este vorba de descărcări bruște de afecte, urmate de regret (în structura pulsională, determinată prin testul proiectiv Szondi, regăsim în prim-plan combinația factorilor **s-e**, ce exprimă prezența reacțiilor scurtcircuitate de tip acting-out);

– fără a include neapărat depresia, se asociază totuși un fond dispozițional „posomorât“;

– paradoxal, excitabilitatea este bine „controlată” interaccusal – egoismul, dorința de răzbunare, ostilitatea față de anturaj fiind mascate. Vizibile sunt adezivitatea, o anumită bradipsihie și o politețe excesivă.

De multe ori impulsivitatea este ca o „umbră”. Frecvent, copiii epileptici asociază o anomalie pulsională, ce apare în conștient cu forță, astfel încât cel în cauză nu poate să nu treacă la acțiunea prin care se obține satisfacere (descărcarea tensiunii intrapsihice). Includem aici cu prioritate „crizele” de mânie și, secundar, pe cele toxicofile (tineri ce prezintă în mod evident tendințe și înclinații spre consumul de alcool, tutun și drog).

Luciditatea conștiinței nu este modificată, adolescentul fiind cel ce relatează și poate infera asupra comportamentelor sale patologice. Trebuie deosebită clar această impulsivitate structurală de tulburările de conștiință de tip crepuscular, urmate de amnezie, ce aparțin categoriei automatismelor.

Într-o formă mai ușoară, modificările timiei sunt prezente în structura personalității epileptoide sub aspectul instabilității. Întâlnim:

- imaturitate în ceea ce privește sfera volitivă (dorințe de tipul „aici și acum”);
- schimbarea frecventă a intereselor și neputința de a finaliza activitățile începute („lipsa răbdării”);
- trecerea ușoară de la o stare afectivă la alta, cu demobilizare în fața insuccesului, rezistență minimă la situații psihotraumatizante și psihostresante, plâns facil, iritabilitate mergând până la reacții impulsiv-explozive dacă nu li se îndeplinesc dorințele;
- labilitatea emoțională este consecința structurii nervoase, a fragilității fizico-psihică; egocentrismul acestora foarte rar reiese din trăsăturile isterice, ci mai degrabă izvorăște din capriciozitate și, mai ales, din evaziune în boală;
- atunci când instabilitatea nu apare neapărat ca o trăsătură princeps a profilului de personalitate, ci mai degrabă ca o „tulburare prezentă”, ea este dată de decompensarea sub influența psihotraumelor. „Contextul reactiv” este prezent în relatările anamnestice fie sub forma „cronică” (situații familiale sau școlare cu climat afectiv negativ trenant), fie ca trigger pentru o nouă criză (ce survine în urma unei frustrări sau stări conflictuale). Este vorba de corelația dintre labilitatea afectivă a acestor copii și vulnerabilitatea față de mediu.

În afara analizei structurii de personalitate, o a doua mare grupă de aspecte clinico-evolutive ale epilepsiei o constituie posibilul deficit intelectual – debilitate mintală ușoară sau intelect liminar – consecința directă a encefalopatiei infantile sau, alteori, a traumatismului cranio-cerebral (când deteriorarea cognitivă apare consecutiv momentului de debut al crizelor). În toate aceste cazuri, modul de răspuns la testele psihometrice non-verbale relevă indici de organicitate. Aprecierea posibilităților intelectuale ale unui asemenea copil este greu de realizat și probele psihometrice sunt caracterizate de variații performanțiale de la un examen la altul, datorită unor factori de eroare, cum ar fi: efectul medicației anticonvulsivante, raportul de timp față de ultima criză, lentoarea psihică și particularitățile caracteriale ce pot împiedica utilizarea integrală a potențialului cognitiv. Handicapul intelectual, atunci când este asociat, afectează și el adaptarea la ambianță creând noi probleme în fața măsurilor de recuperare școlară.

Mulți dintre micuții cu epilepsie prezintă, în diferite grade, afectarea funcției mnezico-prosexice. Este vorba de tulburări cantitative și calitative, deficiențe ale

stabilității și concentrării atenției, hipomnezie de fixare și reactualizare. În unele cazuri, acestea sunt consecința instabilității psihoafective, altele sunt în principal legate de sfera gnostică: lentoare ideo-motorie punctată de puseuri de evoluție rapidă și ameliorări trecătoare (critica scade, gândirea devine mai „vâscoasă”, predominant concretă, deosebind mai greu esențialul de neesențial). Corolar, preocupările școlare își pierd din semnificație, explicând inegalitățile performanțiale ale acestor copii într-un interval scurt de timp.

Într-o încercare de sistematizare a principalelor trăsături psihopatologice, alături de cele cinci permanent regăsite

1/ ASTENIE

2/ EXCITABILITATE

3/ SENZITIVISM

4/ LABILITATE EMOTIIONALĂ

5/ alte TULBURĂRI ALE TIMIEI, trebuie amintită și o frustră regresie comportamental-afectivă, ce este corelată totuși și cu o ușoară afectare a sferei cognitive.

Acest profil are la bază tulburările psihice adiacente, „attribute” psihopatologice, ce se împletesc într-o „rețea”, fără a omite interferența următoarelor „compartimente”:

> aspectele premorbide

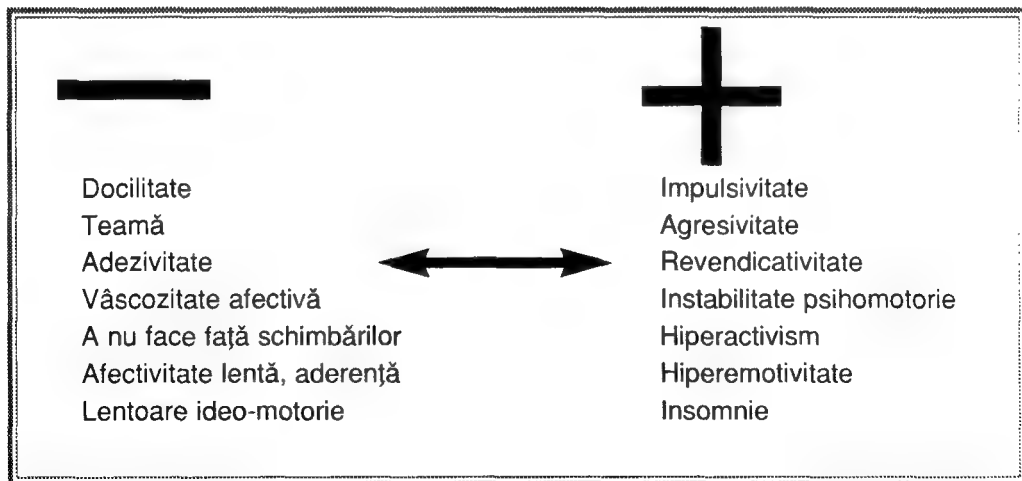
> leziunea organică

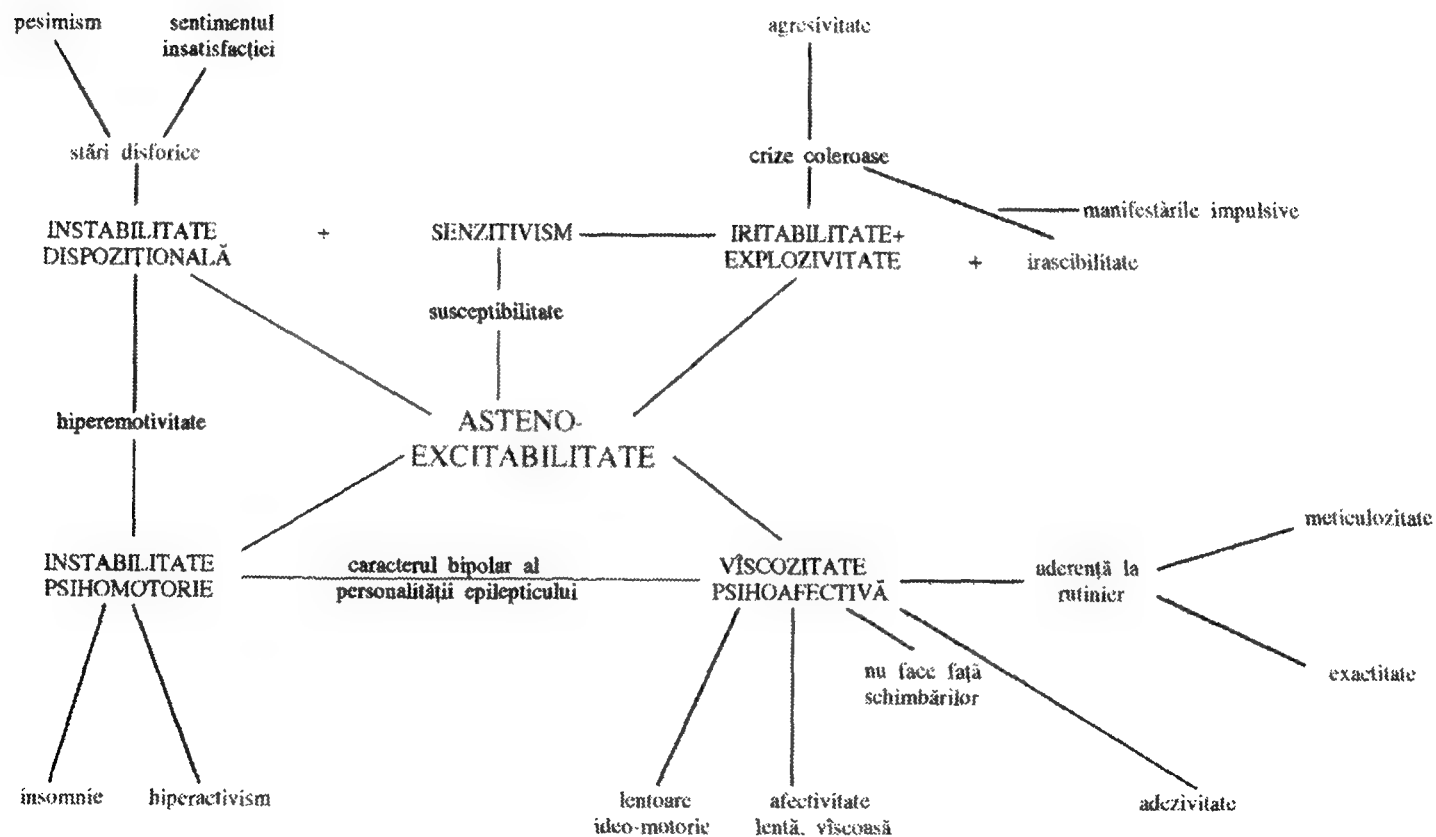
> efectele secundare ale însuși tratamentului

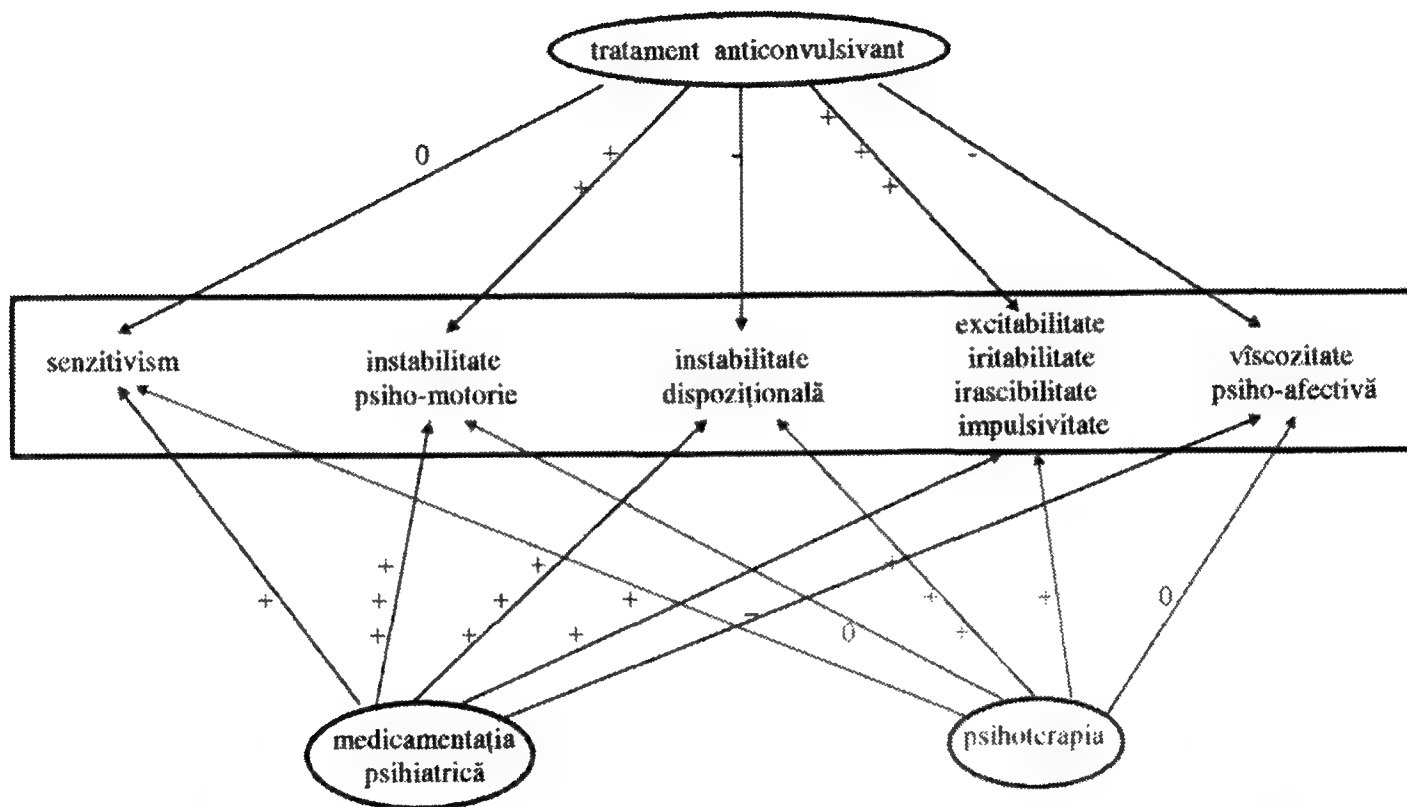
medicamentos

> ambianța (după C. Arseni și L. Popoviciu, 1984).

Din complexitatea acestei interrelații, în care centrală este reacția familiei – ce poate varia de hipo- la hiperprotecție –, rezultă paradoxul personalității copilului epileptic – **caracterul bipolar**: docilitatea alternând cu impulsivitatea, teama aflată alături de agresivitate, adezivitatea contrastantă cu spiritul revendicativ.







Corelația dintre trăsăturile personalității epileptice și gradul în care acestea sunt susceptibile de a fi influențate prin cele trei modalități terapeutice

5.9. „Copilul-problemă” – ca exponent al nefericirii conjugale

Se acordă astăzi o importanță din ce în ce mai mare conceptului de **psihoterapie**. Însă, din păcate, cei ce ar avea cea mai mare nevoie de acest serviciu nu sunt dinaintea instruiți spre a se comporta la „standardele” cerute unor astfel de pacienți. Se menține concepția clasică, mult încetățenită în medicină, mai ales așa cum se practică acest sistem *la noi* – în care subiectul vine *cu boala lui* și se lasă în întregime în mâinile doctorului, ce *trebuie să-l facă bine*. Nu se întrevade nici o dorință de schimbare, nici un indiciu care să releve opțiunea celui în cauză de a-și **adapta** comportamentul în urma autodescoveririi din cadrul procesului de consiliere psihologică. Acești pacienți sunt obișnuți să aștepte „*să se lucreze la ei*”, căci doar de aceea persoana medicului este învestită cu atâta autoritate!

De multe ori se fac greșeli majore, atunci când oamenii nu vin cu adevărat spre a *se face bine* în cel mai spiritual sens al termenului, ci – și aici ne referim la una dintre cele mai grele intervenții – domeniul *psihoterapiei de familie* – aduc cu sine o nemăsurată dorință de a se acuza unul pe celălalt, de a-și oferi „răfuieli” – pentru motive mai mult sau mai puțin fantasmatiche – scene ce se petrec sub *ochiul securizant* al psihoterapeutului, supus la a face dovada unei călduri empatice protective. Descărcările emoționale despre care vorbim sunt în general bine venite. În fața unei persoane înzestrată cu prestigiu și competență, cei *mai slabi* capătă puterea de a se destăinui, de a face reproșuri din suflete încarcerate de așteptare și frustrări. Cei *mai puternici* învață ce este mila, exersându-și abilitatea de a se transpune în locul celui „*învinș*”.

Mai dureros este însă atunci când astfel de „discuții” se petrec în fața copiilor, ce se lasă extrem de greu apărați de orice terapeut – care nu reprezintă decât o figură „de ocazie” în existența sa, comparativ cu imaginea marcant răvășită de durere a părinților ce mereu și mereu *se înfruntă*. Se vorbește despre **copilul-problemă**, în sensul de ființă ce devine **un simptom** semnificativ, exponent al unei stări *de fapte rele* – de această dată săvârșite de adultul caracterizat *cu putere*, viitorul model ce s-ar visa urmat.

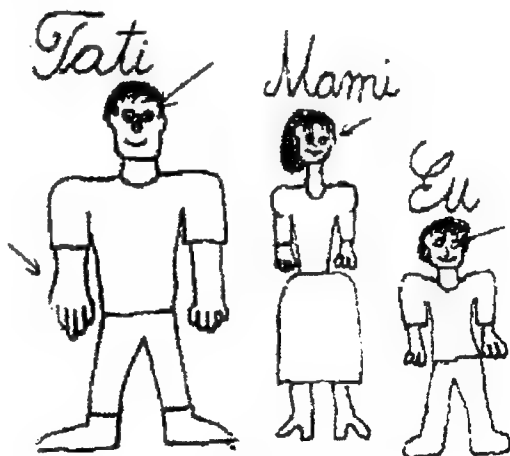
De curând am întâlnit o familie ce se prezenta la secția de *neuropsihiatrie infantilă*, după un lung periplu pe la o sumedenie de doctori, cu toții reprezentanți ai „*high-life*”-ului vieții medicale românești. Copilul făcea *crize*. La început, vezi părinții speriați, agitați, te gândești că epilepsia este o boală gravă, din păcate mai frecvent răspândită decât se cunoaște sau decât se afirmă... ajungi să-i compătimești „din prima”. La o discuție mai atentă a reieșit că, de fapt, erau așa-numitele *crize funcționale* – mai tot timpul „la îndemână” tinerelor neînțelese de părinți, de soț sau de anturajul de la serviciu. Băiețelul, de zece ani și opt luni, manifesta acest comportament de circa doi ani, el însuși recunoscând că survine cu predilecție în situații traumatizante.

Între cei doi părinți tensiunile acumulate atingeau cote nebănuite din afară, dar resimțite cu acuratețea unui barometru fidel și sensibil de cel mic. Singura lui modalitate de protest erau *crizele*. Contextul obișnuit de apariție era atunci când *mami*

Îl certa pe tati. Începeau să-i tremure mânuțele și picioarele, privirea rămânea plafonată, dar fără a-și pierde conștiința, se lovea singur vorbind cu un *Eu interior* „neascultător”, căruia îi reproșa sistematic „**oprește-te!**” – elemente ce durau cu mult peste cinci minute. Intra într-o fază de autentică depresie, cu sentimente de inutilitate și vinovăție, culpabilitate inconștientă la adresa propriei existențe, din cauza căreia părinții își impuneau să rămână împreună. Este deprimant și înfricoșător să auzi un copil de zece ani urlând: „Vreau să mor! Ajutați-mă să pier!”. Din păcate, strigătul lui de suferință nu a fost niciodată receptat de cei mari – la amplexarea sa reală.

În câteva clipe, în prezența băiețelului, adulții nu s-au mai putut abține și au început să-și verse focul. Soția făcea afirmații de tipul: „Seamănă cu tine!... din neamul tău... ăia erau așa... sunteți bolnavi cu toții!...”, după care urma o listă întreagă de adjective ce bineînțeles că erau la adresa soacrei, cumnatelor etc... dar proiectate direct și fără menajamente asupra propriului copil neajutorat. Soțul, „mai diplomat”, pândea o minimă îndepărtare a nevastei spre a face „confidențe”: „Ea, doamna doctor!... ea e de vină!... ne-a îmbolnăvit pe toți!... ea e nebună... ea face crize!” Este adevărat că încetul cu încetul, mai ales acordând credit descrierilor băiatului, a ieșit la iveală cum mămica făcea un soi de crize, la care soțul *nu participa emoțional*, nu părea deloc implicat sau neliniștit, copilul fiind singura persoană căreia putea să-i provoace compasiune. Astfel, cel mic a luat rolul **celui protector**, care trebuie să doarmă cu ea (nu din răsfăț sau dintr-o imaturitate ce i-ar trăda carențele afective!), ci *din protecție*.

Mama, deși etichetată de „bolnavă”, era totuși cea „mai tare”. Reacționa violent, înjura, trântea ușile, arunca reproșuri, nemulțumiri, „epitete” adresate celor doi bărbați din familie – în viziunea ei – niște „incapabili”. Tatăl era o fire moralmente slabă, deprimat, „depășit” de evenimentele vieții, „un ratat” – cum îi plăcea soției să afirme. Fiecare era speriat la gândul că celălalt ar putea să-l vorbească de rău. Devenisem nu atât o apărătoare a copilului, căruia i-am insuflat treptat ideea că **este puternic**, atât de puternic încât va fi în stare să lupte cu crizele (care, în mod cert, pentru o vârstă atât de fragedă, chiar dacă debutaseră reactiv, în momentul prezent „scăpaseră de sub control”), ci mai degrabă un „obiect” de dispută, fiecare având nevoie de adeziunea mea.



Desen „Familia mea”

Din păcate, astfel de familii sunt de multe ori refuzate de terapeuții experimentați. Răutatea lor structurală este percepută ca malefică pentru evoluția sanogenă a copilului. Sunt receptați de personalul medical ca „siniștri”, mai ales că proba timpului

a demonstrat cum acuta centrare pe propriile dorințe egoiste nu le-a putut acorda libertatea de a-l ajuta pe cel mic. „Răfuiala” este singura modalitate de conviețuire a



Desen „Familia ideală”

acestor cupluri sado-masochiste. Numai că atunci când apare un copil, patternul de suferință, de victimizare, de proiecție a afectelor negative se transmite mai departe prin **imitație**, mai degrabă decât prin atât de mult invocata **ereditate**.

5.10. Simptomul, ca substitut al unei nevoi primare uitate (povestea unei fetei cu encoprezis)

Diagnosticul de **encoprezis** este unul dintre cele mai stigmatizante pentru un copil (după DSM IV, 1994). Aceasta, cu atât mai mult cu cât structura labilă, asociată cu un pattern general anxios și posibilă tendință latentă la *opозиție*, nu ține cont de nivelul social, cultural sau educațional al familiei și, cu atât mai puțin, inteligența sau rezultatele academice ale micuțului în cauză. Rușinea, acel *a fi în dificultate*, teama de repetabilitate ce generează angoasa de abandon induc sentimentul *simptomului ce învinge întrucâtva Eu-l*, deoarece, destul de repede, „mrejele” inconștientului acaparează și anihilează controlul voluntar, dând impresia unei regresii atitudinal-afective. Indignarea, rejecția, pedeapsa – reale sau *proiectate fantasmatic* asupra părinților – accentuează „închiderea în sine”, într-o lume mută, lipsită de explicații, unde singura lege ce funcționează nescris este aceea **schimbului primar**

de emoții, afecte, iubire – mergând de la echivalente concrete („a dăru” – „a cere”) la cel mai abstract sens al termenului.

Acesta ar fi și **cazul Corinei**, în vârstă de 10 ani, caracterizată de o labilitate emoțională structurală, timiditate și introversie, care prezintă encoprezis de aproximativ zece luni. Este îngrijită, frumoasă, reținută, liniștită, cooperantă – zâmbește și răspunde la întrebări, cu mai mult „curaj” în prezența sorei. De menționat că fetița și-a interiorizat un Supra-Eu puternic, prezentând imaginea unor părinți „duri” și a unei atmosfere rigide în ceea ce privește curățenia și ordinea. Simptomul a apărut pentru prima dată consecutiv unui joc cu valențe agresive cu sora mai mică (de 8 ani), în urma căruia au fost certate amândouă de către mamă, dar Corina evidențiază o anumită *vulnerabilitate* la evenimente stresante și cu potențial minim traumatizant. Ulterior, „*incidentul*” s-a repetat în zilele următoare, frecvența crescând treptat astfel încât în prezent se întâmplă de circa două ori pe zi – predominant la emoții, necazuri, atitudini rejective („*am suferit că Ștefana – eleva premiantă a clasei – nu a vrut să stea cu mine în bancă*”); de obicei, acasă, mai rar la școală, niciodată la bunicii care au crescut-o („*acolo sunt liniștită*”, iar mămica adaugă – „*acolo nimeni nu i-a impus nici o restricție*”).

Climatul familial este suportiv, dar se resimt „rădăcini” autoritare – un tată hiperprotectiv preocupat ca fiicele să spună „*adevărul*” și o mamă dominată de ideea că fetițele *ar putea murdări hăinuțele sau pereții camerelor* („*nu avem voie în sufragerie că facem mizerie*”). Corina a crescut cu părinții până la un an și jumătate, când cu trei luni înainte de nașterea surorii a fost dusă la bunicii materni. Andreea a fost crescută ulterior de ceilalți bunici, fetițele fiind împreună de la vârsta de șase, respectiv, patru ani – „*până atunci se vedeau cam la două săptămâni sau când ne petreceam cu toții vacanțele; Corina plângea mult după fiecare despărțire de soră; bunicii au recunoscut foarte târziu acest lucru, de frică să nu o luăm; o iubeau foarte tare!*”. Acum împart camera – „*dormim în același pat; amândouă vrem să stăm la margine, așa că facem schimb în fiecare noapte*”.

Mediul școlar este competitiv. Corina este elevă în clasa a treia, fiind mereu în anii precedenți pe locul doi – „*nu a luat diplomă de merit și s-a consumat*”. Își dorește foarte mult o relație de prietenie cu colega premiantă, ca și cum, inconștient, ar căuta valorizarea și acceptul celor investiți cu prestigiu și autoritate – atribute atât de mult admirate și „cerute” fără echivoc de mamă. Are rezultate deosebite la matematică; la serbări „*se pierde toată*”, printre ultimele dăți simptomul apărând când „*nu a știut*” poezia în limba engleză la festivitatea de terminare a anului, situație în care *ea* – fire perfecționistă, conștiincioasă și dominată de o motivație de tip intrinsec – s-a simțit prinsă „*în off-side!*”

În prezent este copleșită de tristețe și sentimente de vinovăție induse de simptom; prezintă irascibilitate și descărcări bruște de afecte la frustrări de mică intensitate – plâns facil, opoziție deschisă („*se ascunde sub birou, dacă ceva nu-i convine*”), interpretată mai degrabă ca *refugiu* pentru o fetiță supusă, ce vrea să se conformeze și încearcă să se *autopedepsească* – își respinge mama în real și o caută prin *comportamente regresive* de genul *encoprezisului* („*după aia stă așa; nu vrea nici să se schimbe singură, nici să o schimbe eu*”). Simptomul este mai degrabă originat în *nevoia de afecțiune* „împlinită” în maniera fantasmatică de a redeveni *bebeluș*, decât în dorința de a-și pedepsi mama. Este interesată de pictură, culori, acuarele, carioci, plastilină („*mama nu ne-a lăsat, că ne stricam bluzițele*”). Se alimentează și doarme

bine, simptomul neapărând în timpul somnului – „mama e întotdeauna preocupată de cât mâncăm”; „nu mă duc noaptea în camera părinților; Andreea se duce; eu dau drumul la televizor și stau singură”.

– „Corina se închide în ea; dacă mă duc să o iubesc nu mă lasă; și pe tată îl respinge; e foarte deschisă față de bunici; Andreea e mai lipicioasă, mai caldă”. Și mămica își continuă în scris **caracterizarea celor două fiice...**

Cea mare este o fire mai închisă, mai rece. Orice supărare o face să se retragă în ea. E sensibilă și miloasă. Colega de bancă are un handicap fizic, iar Corina are răbdare să o ajute la mers sau la scris. La școală este ambițioasă, vrea să fie prima, motiv pentru care încearcă să-și termine repede exercițiile și mai greșește. E conștiincioasă – dacă știe că are teme de făcut nu e nevoie să-i aducă cineva aminte. Este perfecționistă, îi place să facă lucrurile **bine**. Este mai comodă decât Andreea – preferă să se uite la televizor sau să citească, decât să iasă la plimbare. Nu îi place la țară, dar la bunici se simte în elementul ei. Este sociabilă; îi place să se joace cu copiii și să meargă la zile de naștere. Are răbdare și face treburile mici – lucrează pe etamină sau covorașe din hârtie. Îi place matematica, dar și să citească.



Cea mică are o fire mai veselă; chiar dacă e supărată, vrea să se împace imediat. Este mai băiețoasă, mai bătaioasă, mai iute și mai vioaie. Îi place foarte mult la țară – la ora șapte, când ar putea dormi mai mult, e în picioare prin curte după animale. Învață bine, dar școala nu o stresează. Nu are ambiția să fie cea mai bună, deși este printre primii trei din clasă. Este mai „hoată”, se dă pe lângă cel de la care trebuie să obțină ceea ce-și dorește. Face asta și pentru sora ei. Nu este la fel de sociabilă precum

Corina. În primul an de grădiniță a avut probleme de adaptare (voma în fiecare dimineață înainte de plecare). Nu i-a plăcut și ne-am temut că și cu școala va fi la fel, dar aici merge ca la o distracție. Este foarte orgolioasă.



Povestea vieții Corinei începe cu grădinița făcută la Buzău. Am făcut gimnastică acolo. M-am lăsat după clasa I. La bunici nu am avut probleme. În clasa a II-a am început să am. Îmi place să stau în baie pe mașina de spălat și să citesc. Nu îmi place să mă deranjeze nimeni. În clasa a III-a, iar am avut probleme. Mi se pare că trăiesc doar pentru lecții. De la un timp îmi place să lenevesc. Credeam că sunt deșteaptă, dar nu sunt îndeajuns. Impresionant pentru o fetiță de numai zece ani, mai ales dacă ținem cont și de scrisoarea adresată lui Moș Crăciun (despre care bineînțeles că știe demult că reunește imaginile părinților), pe care îl roagă din tot sufletul – reamintindu-i că nu-i trebuie nici un cadou – să-i spună sincer părerea despre ea și mai ales dacă el crede că **este suficient de bună!**

Încercând să coroborăm informațiile obținute din multitudinea testelor psihologice aplicate, reținem: absența Eu-lui fizic din *testul familiei*, în timp ce surioara este „prințesa” asupra căreia sunt îndreptați ochii părinților... cei din desen zâmbesc, în timp ce noi ne întrebăm dacă avem în față un copil deprimat sau mai degrabă supărat pe ceilalți... După câteva zile de terapie, Corina își „ajustează” autopercepția, o dată cu atitudinea față de cei din jur... se modifică și proiecția, ceea ce ne face să vedem în *testul persoanei – chipul ideal* – la fel de frumos, poate chiar mai frumos, decât al surioarei... Deși mai sociabilă – după cum reiese din descrierea mămicii – pictează un singur copac – armonios, solid, bine „păzit”, „vegheat” deopotrivă de **bine** și **rău**, ca propriul Eu ce păstrează urmele unei ușoare nesiguranțe în relația cu mama... pere aurii... poate mai multă inocență, puritate și candoare... atât de **perfecte...** și, totuși, îndrăznesc parcă să privească spre viitor... Andreea **pare** mai matură, fără nevoie de **fructe** sau **iluzii**, dar cu atâta dorință de ceilalți... numărați numai pomișorii... pasiune și confuzie ce se clarifică treptat... probabil cu trecerea anilor... Aspectul funcțional al simptomului Corinei este regăsit în prim-plan, alături de un senzitivism cuplat cu o agresivitate „cizelată”, disimulată în iritabilitatea survenită pe fondul obsesional. În lipsa

unei terapii suportive cu vădite valențe emoțional-empatice, refulările, împlinirile ireale și rezolvarea afectivă a confruntărilor riscă acumularea asteno-depresiei. Tendința la sacrificarea intereselor proprii poate da vieții de mai târziu o organizare cu note masochiste. Permanentă și nesatisfăcută căutare a **iubirii necondiționate** este evidentă și numai superficial privită ar putea fi interpretată drept... interes instabil, *fire rece, distantă...*



Elemente ale programului terapeutic. (Dr. Iuliana Dobrescu – Clinica de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului, Spitalul „Alexandru Obregia”)

Pentru **primele zile** s-a recomandat:

- regim de igienă intimă – acordarea atenției cerută inconștient de simptom (mama trebuie să aibă grijă de orarul pentru toaletă)
- autoresponsabilizare (se spală și se schimbă singură)
- separarea de soră (camere distincte)
- satisfacerea în plan real a *nevoii de a se murdări* (dactilo-pictură, plastilină), activitate ce i-a produs mare bucurie – deplasarea acestei „*trebuințe*” primare de pe *sine* pe diverse substitute
- cele două surori alcătuiesc o diadă în care se „completează” reciproc, motiv pentru care se lucrează cu ele împreună
- li se explică părinților *mecanismele ascunse* ale simptomului – *regresia emoțional-comportamental, nevoia de a fi „bebe” și de a primi atenție, măsura în care structura mamei i-a indus fetei standarde ridicate și trăsături perfecționiste, necesitatea satisfacerii concrete a „nevoii de murdar”, dar în maniera deghizată a jocului*. Mama este ajutată să înțeleagă cum prin simptom Corina îi cere afecțiune și prezență, dar și faptul că *logica ascunsă* este de „a oferi”, nu doar de „a pedepsi”.

În zilele următoare fetițele au făcut dactilo-pictură și figurine din plastilină. Și-au separat camerele. Corina i-a „dăruit” televizorul surorii mai mici, cerând „la schimb” să doarmă cu veioza și a pus pe ușă un anunț: „*Nu intrați fără să ciocăniți*”. Deși se constată cum surioara mai mică este dependentă de această relație *simbiotică*, amândouă sunt fericite de această „separare”, „cerându-și permisiunea” de a se vizita.

În momentul actual, mama relatează „o schimbare” semnificativă a Corinei – se simte protejată de simptom și de atmosfera permisivă a cadrului psihoterapeutic (mult visată în anii miciei copilării), ceea ce o face să „sfideze” interdicțiile anterioare ale părinților („*mănâncă ce vrea*” și „*ne cere independență*”, ignorând preocuparea excesivă a mamei pentru alimentație). Simptomul nu s-a mai repetat din ziua precedentă primei întâlniri. Fetița și mama sunt *îngrijorate* – „*Mă tem să nu treacă în extrema cealaltă*”, în timp ce Corina afirmă „*îmi este frică să mă duc la toaletă*”, ca și cum autocontrolul dobândit ar putea fi *efemer*. Relaxarea Supra-Eu-lui parental se „lovește” de interiorizarea marcată a interdicțiilor anterioare. Pe de altă parte, „independența câștigată” se traduce la nivel profund în termeni de tipul „*introiecție fără expulzie*”, care echivalează cu lipsa dorinței de „*a dăru*”. Terapeutic – limitare la sfaturi igienico – dietetice uzuale, fără accentuarea unei posibile importanțe a „noului” simptom apărut.

Cooperarea familiei este centrală, prin asigurarea la maximă intensitate a climatului securizator și protectiv cerut *involuntar și deformat*. După câteva „*tranzacții*” necesare *deplasării* simptomului asupra unor echivalente mai puțin „ascunse” – momente critice în care „incidentul” nedorit se poate repeta (și fetiței i se comunică de la început acest lucru) *vindecarea* va surveni *ca de la sine*, readucând alături de pacea sufletească a părinților reconsolidarea unui self-esteem fragil. Să nu uităm că dincolo de inhibare și introversie, moralitatea exemplară – ca trăsătură cardinală a miciei personalități în formare, rămâne, totuși, filonul de aur al prognosticului favorabil!

5.11. Părinți disperați, copii nefericiți – între ereditate, educație și iubire

Dorința de a avea un copil este poate una dintre cele mai ardente și mai profund înrădăcinate în inimile noastre. Aceasta, cu atât mai mult cu cât unora dintre noi soarta le-a răpit posibilitatea de a aduce pe lume un bebeluș. Ca o soluție disperată, uneori rămâne adopția. Părinții trăiesc atunci ani de teamă la gândul că *ereditatea nu tocmai „curată”* a celor ce au fost în stare să-și abandoneze copilul *va ieși la iveală* „rupând barierele” unei educații construite cu grijă. Și, din păcate, realitatea a arătat de multe ori cum strădaniile pot fi zadarnice... Mulți dintre micuții înfiați au autentice probleme emoționale, deoarece vulnerabilitatea la psihotraume își spune cuvântul din primele luni de viață. Carențele afective sunt majore și greu de învins, mai ales dacă se adaugă (și nu rare sunt cazurile) și alte cauze *organice*, ce afectează psihicul celor în cauză. Mulți dintre aceștia sunt copii hiperkinetici, cu deficit de atenție și memorie lipsită de fidelitate, ce nu pot garanta un intelect de excepție – suficiente motive de nefericire a sârmanilor părinți ce-și văd visele spulberate. Puțini mai au curajul *de a merge mai departe* pentru a investi timp, răbdare, energie fizică și spirituală, dublate de mijloace pedagogice speciale pentru *reușita în viață a unui copil cu probleme*. Mai ales când Dumnezeu, mișcat de bunătatea celor ce iau în grijă un *suflet pribeag*, le dăruiește

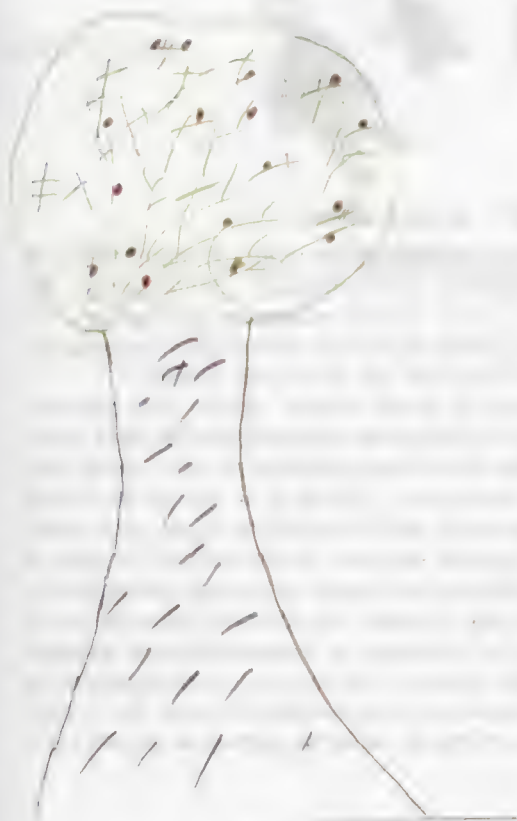
adevăratul rod al dragostei. De altfel, există și o credință populară ce spune că în astfel de cazuri *Cel de Sus* se supără și-și varsă mânia asupra sănătății noului copil venit în familie. Dar cine mai ține astăzi seama de superstiții...?!

Am întâlnit-o de curând pe Maria, o fetiță de zece ani – liniștită, vorbind afectat, cu marcate influențe emoționale; cu mimică extrem de mobilă și gestică amplă, labilă și ușor histrionică, modificându-și starea psihică în funcție de reacțiile interlocutorilor. Ne-a povestit cum a locuit cu mama până în urmă cu patru săptămâni, când nu a mai suportat certurile și cuvintele urâte, palmele grele primite ori de câte ori aceasta își îneca frustrările existențiale în alcool. Confuzia era cu atât mai mare în mintea Mariei cu cât, uneori, euforia inexplicabilă a mamei îi „împărțea” fără justificare îmbrățișări și căldură nemărginită. Numai că un copil nu poate trăi fără explicații; nu își poate construi atitudini adecvate și nu are *cerințele autentice* ale adultului, cărora să se conformeze. Ajustarea propriului Eu este lăsată în voia sorții, iar diferența între **bine** și **rău** nu prinde contur. Nu există întrebări de tipul „*Unde am greșit?*”, nici „*Ce ar trebui să fac s-o mulțumesc pe mamă?*”, în lipsa cărora calitățile se contopesc cu defectele, iar formarea conștiinței valorii este din start ratată. Și, totuși, un copil de zece ani **are curajul** de a fi supărat. A plecat de la „*mami – cea – adevărată*” la tatăl ce era recăsătorit cu Cami – care a devenit imediat „*cealaltă – mami*”, Maria bucurându-se totodată de *trezirea la viață* a „instinctului” de a fi copil alături de surioara mai mică (fetița Cameliei). În pragul separării, *mama „cea bună”*, sub impulsul durerii de a fi părăsită și al propriei singurătăți într-o lume iluzorie, și-a dat frâu liber răutății și disperării, tipând: „*Oricum, să știi că ești înfiată, iar taică-tu’ n-o să te țină și-o să te ducă la un cămin, că nimeni nu te poate suporta*”.

Prima impresie este aceea a unui copil ce **neagă realitatea și trăiește într-un univers fantasmatic** ilustru inventat. În momentul prezent, angoasa de abandon este la limita conștientului, mascată de o imensă încercare de a se face plăcută și acceptată, sub forma unei imaginații bogate ce reprimă uneori crudele adevăruri. Dorința de apropiere de sora mai mică este certă, dar fără a găsi întotdeauna modalitatea adecvată de relaționare – mămica adoptivă povestește aproape speriată pentru integritatea morală a propriei fiice, cum Maria i-a propus *să se joace de-a mama și de-a tata... așa... într-un mod mai special...* La această vârstă curiozitatea erotică este mare și se trezește precoce și la intensități superioare exact la acei copii crescuți fără dragoste, instituționalizați sau neglijați afectiv, pentru care mângâierea cuiva este o binecuvântare.

Pe de altă parte, Maria este *o fetiță cu probleme* – din descrierea tatălui reiese profilul unui copil hiperkinetic, ce „*nu putea să stea locului*”, cu deficit de concentrare, stabilitate și selectivitate a atenției, atrasă în permanență de stimulii exteriori, decât de *ceea ce are concret de făcut*, cu rezultate școlare satisfăcătoare (calificative de tipul *bine* și *suficient*). Sub tratament de aproximativ un an, performanțele s-au ameliorat semnificativ și, deși *actualii părinți* o aduc la spital pentru iritabilitate, irascibilitate, instabilitate psihomotorie și tulburări de memorie, obiectiv nu se constată diferențe semnificative față de palierul de vârstă (reproduce poezii, sesizează reversibilitatea gândirii, efectuează în limita sutelor toate cele patru operații aritmetice și fără latență crescută). Este cooperantă, tristă, neîncrezătoare în sine, stă nemișcată pe scaun lungi perioade de timp pentru a purta o conversație, **să fie ascultată** și „*băgată în seamă*”. Se estimează un QI de nivel mediu – inferior, scăderea rezultatelor școlare fiind datorată distractibilității prosexice, coroborată cu tulburările din sfera afectivității. Uneori devine mai „repezită” în răspunsuri și gesturi sau se refugiază într-un plâns de

genul unui copil de trei ani, când, aparent, pierde contactul cu cele înconjurătoare, repetând într-una „Să vină tati să mă ia!” – cu o forță zguduitoare, dincolo de care se simte neputința de a-și influența destinul.



Motivul autentic al internării este mai degrabă **frica** și **neîncrederea** părinților într-un drum de viață reușit al copilei, decât invocata *finere de minte* sau *nestatornicia*. Este teama de a nu investi *bani* și *sentimente* într-un copil căruia, o dată cu maturizarea, i se deschid în față „porțile răului”. Interesul sexual crescut ce a traumatizat-o pe surioară, fixația asupra tatălui în care am putea întrezări note incestuoase, absența

preocupărilor pentru autodezvoltare au deformat imaginația adulților ce văd în mica ființă în formare exclusiv o șansă atribuită probabilistic (de 30%) ca evoluția să se facă în direcția constituirii unei psihopatii de coloratură isterică și narcisică, dincolo de care rămân prostituția, vagabondajul, eventual închisoarea. Ceea ce este înduioșător și totodată înfricoșător este tendința de evadare într-o reverie continuă, discrepanța între rezerva afectivă a acestor părinți adoptivi și descrierea fetei ce ne dezvoltă un climat *perfect*, în care ea s-ar putea integra su siguranță. În plus, este convinsă de apartenența la acest *mediu securizator*! În desene regăsim proiecții frânte, care printr-o combinatorică inconștientă ne arată *clowni* ce râd și plâng totodată, fețe asimetrice, parcă neterminate, neavând forța de a se bucura... Un Eu puternic, dar „scrijelat” și încercat de viață... copilăria este prezentă... într-o formă banală... „înfrumusețând” agresivitatea de autoprotecție... și MASCA... Își schimbă pe rând poziția în *desenul familiei*, apropiindu-se de tată, dar ochii acestuia *rămân goi*, în timp ce ea își șterge și remodelează sisific imaginea fizică... pentru a *satisface* „standardele” privitorilor... Îi plac dulciurile „*la nebunie*”... inconștientul nostru găsește întotdeauna substitutele



Desen „Familia mea” – primul desen

perfecte, mai ales pentru cuvântul acela magic – **iubire**. Și tati, care i-a impus *regim de slăbire*! Se străduiește mult, aproape adoptând un comportament „confectionat”, dar care ar putea-o ajuta în a-și recuceri familia – și-a crescut nivelul de aspirații și a renunțat la atitudinile instinctual-infantile în care părea că recade la primii ani ai existenței; acum *e mare* și afirmă timid: „Vreau să învăț mai bine, să nu-l supăr pe tati”...

Permanentă căutare a liniștii interioare îi poate induce riscul unei epuizări depresive. Drumul este lung și greu... Și pare că jaloanele educaționale de până acum nu au fost solide pentru un copil despre ale cărui tare genetice nu știm nimic, dar bănuim multe... Drama tatălui se consumă în ascuns... parcă ar fi pus de soartă să aleagă între tânăra și seducătoarea soție ce are o fetiță *normală* și acest copil înfiat, cu un potențial sanogen îndoielnic și cert neglijat empatic. Ambivalența îi scoate la iveală porniri violente; parcă ar vrea să se răzbune pe medicii ce nu pot lua asupra lor *povara* unui prognostic decisiv, fie el pozitiv sau negativ. Nu suntem Dumnezei și ne scapă frecvent acel quantum de *aleatoriu* la întâlnirea cu **personalitatea umană**. Raportul înăscut – dobândit este extrem de plastic, în funcție de condițiile specifice de dezvoltare a potențialului latent. Nu suntem aici pentru a găsi vinovați. Și, în plus, fiecare are dreptul la fericire; numai să nu rămână la căutarea perpetuă, atunci când ea se află chiar sub privirile noastre!



Desen „Familia mea” – al doilea desen

CAPITOLUL 6

Adolescența

*„Podul de piatră s-a dărâmat,
A venit apa și l-a luat.
Vom face altul pe râu în jos
Și mai trainic și mai frumos!”*

6.1. *Adolescența* sau construirea *Eu-lui*

Fiecare dintre noi și-ar dori să se situeze aprioric în lumea *tineretii fără bătrânețe*, supradimensionată simbolic sub aspectul *viselor* sau *căutării sensului* – adolescența este perioada iluziilor, întâlnirea cu acea lume imaginară în care oricine are dreptul la replică, în care poți fi *tu însuși sau nimic*, chintesența **devenirii** sau, altfel spus, clipa de maximă intensitate în care ești **ceea ce ești** și, totodată, **ceea ce vei fi** – **momentul în care trebuie să știi să te accepți** (J. Fowles, 1998). S-a vorbit și se vorbește cu prea multă ușurință despre „*personalitatea tinerilor din ziua de azi*” – sintagmă ce ascunde sentimentul puterii, ca și cum adulții se simt incapabili spre a le face față, ca și cum adolescența însăși ar avea în sine o forță de nebănuit, vitalitate ce se originează în intensitatea pulsionilor, în aptitudinea plener manifestată de a *trăi emoțiile*, exprimată metaforic în acel „*să fii tânăr înseamnă să suferi pentru tot ce mai sângerează încă...*”

Personalitatea – văzută ca un construct supraordonat ce reunește dimensiunea intelectuală cu cea afectivă sub amprenta etic-valorică a moralității – se schițează în copilărie, urmând să fie pe deplin cristalizată în anii ce marchează trecerea spre ceea ce numim *a fi adult*. După cum se știe, dezvoltarea are loc „în salturi”, motiv pentru care, de multe ori, la adolescență *maturizarea emoțională* rămâne în urma *celelalte intelectuale*. Pe de altă parte, principala achiziție a stadiului logicii formale o constituie utilizarea raționamentelor de tip ipotetico-deductiv, când imaginația face posibil saltul de la *operarea asupra realului* la *operarea asupra posibilului*. În virtutea reversibilității gândirii, drumul de la *posibil* către *real* devine deschis, permițându-ne să afirmăm – conform viziunii piagetiene – că rădăcinile idealismului acestei vârste s-ar situa sub egida saltului cognitiv. Din această perspectivă, **acum**, potențialul individului capătă împlinire prin dobândirea controlului asupra conflictului dintre posibilitățile de relaționare și cerințele mediului sau, altfel spus, prin atingerea celui optim motivațional între nivelul de aspirații și nivelul posibilităților.

Identitatea versus **confuzia** constituie principalul *scop* atunci când abordăm *criza dezvoltării* din perspectivă psihosocială, analizând travaliul adolescenței, ce presupune renunțarea la copilărie, precum și acel „a lua distanță” de imaginile parentale (A. Birraux, 1999). Adultul pierde puțin câte puțin din puterea pe care micuțul i-o atribuie, tot așa cum gândirea începe să opereze în logica fuzzy – relativizându-se ideea că *totul poate fi bun sau totul poate fi rău*. Renunțarea la judecarea realității în concepte absolutiste introduce dialectica în miezul cel mai ascuns al conștiinței, făcând

tânărul să simtă necesitatea acută a dobândirii unor mijloace de a controla existența și de a face viața mai previzibilă. Acest adevăr dureros poate fi interpretat drept nucleul unor nevroze obsesionale, tot așa cum anorexia, fetișizarea corpului, automutilarea sau tentativele de suicid funcționează ca strategii simptomatice utilizate spre a fi acceptați de părinți, de ceilalți și, nu în ultimul rând, de ei înșiși.

În încercarea de a-și construi explicații spre a se regăsi și a-și crea „o istorie“, tânărul rămâne singur, deoarece **nu are cui** și **nu are curajul** de a se destăinui. De multe ori, părinții nu înțeleg *nevoia de separare* a copilului *în sensul posibilității reflectării*, percepând-o dramatic drept pierdere totală a comunicării cu acesta. Reacțiile sunt diferite – de la sadismul educației epocii – caracterizat prin autoritatea excesivă asupra adolescenților – până la indiferența absolută și retragerea definitivă a consolării parentale. Aceasta este trăită deprimant, căci se pierde privilegiul *util* al copilului asupra mamei și tatălui, pentru ca familia să poată exista (după A. Birraux). Tânărul rămâne acroșat la dilemele vârstei, într-o permanentă pendulare între variante polare de tipul: încredere–neîncredere, autonomie–dependență, inițiativă–retragere, eficiență–inferioritate, intimitate–izolare, nereușind să-și definitiveze mental idealul de **Eu profesional** sau germeii viitorului **Eu conjugal**.

Uneori, rejectarea copilului, chiar frust perceptibilă, induce cu ușurință regresia afectiv-comportamentală și fragilizarea unui Eu insuficient constituit *sau*, din contră, face loc atitudinilor adolescente exprimate sintetic și paradigmatic în acel „*a fi rebel*“ – frecvent invocat de adulți pentru a-și explica nevoia de a domina tânăra generație. Nu este exprimat atât refuzul „sfaturilor“ date sub *certitudinea experienței* celor mai în vârstă, cât dezamăgirea față de ceea ce părinții, profesorii – pedagogii la modul general – le-ar putea oferi, ca și cum tânărul, marcat de anterioarele tentative de confesare soldate cu eșec, refuză *simpla apropiere a celor mari*, convins fiind că **este și va rămâne un neînțeles**.

Această etapă a existenței este oarecum marginalizată – ei caută perpetuu înțelegere, în timp ce – de teama că nu ar putea face față bogăției de emoții și impresii – cei din jur se eschivează în minimizarea **crizei** adolescenței. Părinții *uită* sau, mai degrabă, își reprimă traumele propriei copilării tardive, ascunzându-și sub aura autorității *sensibilitatea ce i-a făcut cândva să sufere*. Pediatrii își *declină competența* atunci când se confruntă cu astfel de cazuri, refuzând să-și centreze atenția asupra senzațiilor cenestezice ale tânărului, în timp ce medicii generaliști *se simt pe un teren nesigur* în abordarea *copilului ce se menține copil, dar trăiește emoții străine într-un corp nou*. Cu toate că intensitatea dramelor afective ale acestei vârste atinge cote nebănuite, chiar și psihoterapeuții sunt reticenți în stabilirea unei comunicări cu adolescentul de pe pozițiile unui egalitarism matur, în virtutea acelei explicații generale și superficiale: „*să mai așteptăm; personalitatea nu e încă plenar constituită*“. Deși, **acum** se poate obține realul beneficiu prin manipularea simbolică a **imaginii narcisice**, știut fiind că mare parte din problemele tinerilor se originează în **neatingerea corpului imaginar al dorințelor**, format din suma reprezentărilor construite, sedimentate și organizate în anii premergători (A. Birraux).

Prin metafore evocatoare, **adolescența**, ca „*vârstă a vieții mele*“ sau perioada lui „*gratage de l'âme*“, rămâne astfel „*în sarcina*“ literaturii – poezii fiind cei mai apropiați de realitate în conturarea emoțiilor rezultate din interacțiunea celor două procese fundamentale ce intervin decisiv și într-o manieră dialectică în autonomia personalității – **identitatea și identificarea**. Enigmatic răzbate puternica forță pulsională a tinereții: „... **să salți viitorul pe umeri cu putere și patimă-adâncă**“...

6.2. „We don't need, no, education“ – *sau* pledoarie pentru *autoactualizare*

Fără să vrem, asistăm astăzi la accentuarea „prăpastiei dintre generații“ și, pe măsură ce ne îndepărtăm de adolescență, pierdem treptat – și fără să ne vină a crede! – din acea acceptare atotcuprinzătoare a realității pe care ți-o dă atuul tinereții. Deși frecvente, neînțelegerile dintre părinți și copii conțin în sine acel miez de dramatism pe care adulții îl interpretează drept straniu, inutil consum energetic și implicare în gânduri și sentimente *ce nu și-ar găsi prezenta justificare*. Părinții, departe de a-și propune „să fie răi“, se situează aprioric în postura de a nu-și înțelege copiii, deoarece refuzarea propriilor drame petrecute la această fragedă și dificilă vârstă le-a asigurat **uitarea** aceluia *lung travaliu întru maturizare* – ca o **necesitate** pentru atingerea echilibrului interior. Fără a-și da seama, *cei mari* le pavează calea dezamăgirilor prin blocarea dorinței de a se confesa, ca și cum *a interzice tânărului să vorbească despre dilemele sale morale, despre zbuciumul afectiv încărcat de emoția primelor trăiri sexuale* ar echivala cu dobândirea **puterii** de a desființa criza adolescenței. Este o încercare deformată și nereușită de a-și proteja copiii împotriva unui *șir de suferințe*, căruia ei înșiși i-au făcut cu greu față, dar care intră obligatoriu în gama experiențelor umane.

Adulții caută înfrigați *modalități de a se face auziți, ascultați sau acceptați*, „rețete“ prin care ar putea schimba comportamentele celor care „*plini de personalitate*“ se îndepărtează treptat de mult visatele *modele parentale*. Resortul motivațional al tinereții este dominat de căutarea adevărului, de tema sentimentalismului, de desființarea limitelor și de dorința de a fi diferit. Bazele unei **comunicări autentice** între generații vor fi puse atunci când adulții își vor permeabiliza sufletul către *viață*, către *senzație*, fiind capabili să prețuiască marea doză de onestitate inițială a tinerilor, căci, fără a-și dea seama, *cei mari*, prin refuzul adevărului, îi „obligă“ la mistificarea acestuia.

Erorile părinților se originează în credința despre natura statică și permanentă a acestor **tinere caractere** – excelentă scuză pentru a nu face nici un efort susceptibil de a iniția și întreține o transformare fundamentală! – ținând cont de faptul că adolescența este caracterizată printr-o dinamicitate stadială și un larg evantai de potențialități. Modelul în care ne evaluăm aptitudinile și existența depinde în cea mai mare măsură de noi înșine, dar, din păcate, în rare momente suntem capabili să ne percepem limita extremă a ceea ce putem fi. Un caz particular și plin de învățăminte pentru părinți îl constituie **încurajarea** sau „*vitaminizarea psihologică*“ a tânărului pentru o experiență de care nu se crede capabil (după D. Ernest, 1971). De cele mai multe ori se poate recurge cu succes la demonstrarea exemplului personal ce incită la imitație – copilul este martor al eforturilor părintelui de a reuși într-un anumit domeniu, încurajarea făcându-se indirect („*dacă tata sau mama pot fi în stare, Eu trebuie să fiu la fel!*“).

Acel „*a-ți flata*“ copilul este o tehnică de motivație extrem de importantă în modificarea comportamentelor. În cea mai mare parte, adolescenții **merită** să fie flatați, dorindu-și atunci să fie la înălțimea elogiilor ce li se aduc și și-ar adapta *stilul* cu mult mai multă plăcere, decât în cazul unei avalanșe de atacuri și ofense. Poate fi unul din

mijloacele de accelerare a acceptării reciproce a *inevitabilei diferențe dintre generații* – a-l flata, chiar atunci când nu merită întru totul, a-l considera egalul tău, pentru a-l face să se „ridice”. Chintesența este regăsită în posibilitatea de **a-l observa**, de a vedea ce e individual, personal, de a-i descoperi trăsăturile distincte. Atunci când părinții, educatorii sunt capabili să sesizeze *detaliul*, tânărul are sentimentul de a fi un „subiect” plin de atenție, ale cărui probleme merită analizate. A-i descoperi visele, aspirațiile și a le susține, a-i arăta că i-au fost remarcate eforturile și rezultatele obținute sunt mijloace sigure de a ajunge la efectul scontat!

Întrega garderobă a tinerilor din ziua de azi – ținutele vestimentare șocante – nu reprezintă decât un mijloc de a se flata singuri și de a-și imagina că sunt flatați de cei din jur, privit prin prisma faptului că unul pentru celălalt nu suntem decât *o oglindă psihologică*. Accentul este pus pe lucrurile vii, pe lumea ce evoluează rapid, pe coloritul cu importanță crescândă – ca mod de a reacționa față de ceea ce adolescenții consideră a fi *o lume fără eficacitate*. Antagonismele și imprevizibilul sunt sesizate instantaneu, fiind cercetată și găsită *o semnificație a nonsensului* – viața ca o continuitate în care nu există început, mijloc sau sfârșit. Forța motivației rezidă în *revizuirea timpului* – dacă ne-am aminti mai des că suntem muritori, nu ne-am mai irosi în lucruri banale, deoarece *anticiparea posibilului* reprezintă cea mai frapantă dintre facultățile umane – disponibilitate intrinsecă tânărului, ce-i este neglijată în încercările de a-i schimba conduita. În viitorul apropiat vom putea dispune în mod egal de o baterie de „ornamente” intelectuale și spirituale – „accesorii” de **flaterie**, din care pedagogii să poată extrage *un atribut potrivit* fiecărui adolescent.

În căutarea „butonului secret” pe care adulții l-ar putea acționa spre a „propulsa” tânără generație în direcția autovalorizării și împlinirii potențialului latent, centrală rămâne manipularea *perspicacității* – ca singură formă veritabil umană de cunoaștere, de înțelegere *bruscă* a semnificațiilor. A determina adolescentul să-și modifice comportamentul și întreaga personalitate în funcție de idealul construit anterior maturizării sale biologice și sociale înseamnă **a-i acorda libertatea realizării propriilor idei**, ajutându-l în clarificarea amănuntelor și luarea deciziei finale. Este bine cunoscută opoziția specifică vârstei, în care părinții par a fi mirați atunci când obțin comportamentul dorit al propriului copil cerându-i întotdeauna contrariul. Demonstrarea absurdității este o formă eficace de terapie prin conștientizarea realității, mai ales că nici un argument verbal nu poate convinge la fel de bine ca experiența.

Ameliorarea relațiilor interpersonale, lupta contra prejudecăților, a-i face pe oameni să-și urmeze destinul spre fericire, a schimba obiceiurile în mod creativ și inovator, a combate frica, a promova acțiunea, a-ți stăpâni angoasa, a depăși obstacolele, a face să se dărâme „pereții” – iată manierele prin care inteligența pragmatică a tinerilor din ziua de azi poate fi pusă în practică. Metafora acestei generații și a luptei întru depășirea *vechilor concepții* poate fi reprezentată în paradigma lui „*Ce ai face dacă ai fi închis într-un cub?*”, deoarece adulții, inconștient și fără voie, pun „bariere” ingeniozității, subtilității și sexualității – ca simbol imemorial al **vitalității** – atitudini în fața cărora „*a sparge cubul*” într-o manieră violentă, agresivă și rebelă reprezintă singura alternativă de împlinire a viselor – atunci când, fără a fi egoist, te opui privării propriei ingeniozități și încerci pur și simplu **să-ți păstrezi controlul asupra destinului**.

6.3. Adolescența – identitate și identificare

Adolescența este perioada iluziilor, a tendințelor, a conflictelor interioare. Este o transformare a celui în cauză sub influența lui însuși și a lumii exterioare, dar o transformare mai ales specifică *inimii*, spre deosebire de perioada prepubertății în care evoluția graduală este marcată de modificarea corpului. Pubertatea există în toată lumea, fiind aceeași în nordul și în sudul planetei și numai printr-o eroare putem considera că pubertatea fetelor se petrece mai devreme! Ceea ce se întâmplă este doar o „stabilizare” a vârstei la care acest fenomen bio-psihologic „iese la iveală”. Evoluția somatică presupune o „muncă de elaborare” a corpului, adolescența continuând cu rapiditate anii pubertății și completându-i cu modelarea sufletului.

Teoretic, ea este un fenomen universal, iar *aptitudinea de maturizare* se găsește în subiectul însuși și presupune inclusiv permeabilizarea sufletului spre a putea înțelege modul de gândire al sexului opus. Abordată fenomenologic, este diferită de o *vârstă* sau un *statut*, fiind o operație, o transformare logică a plăcerii infantile, ce va fi modificată și plasată sub apariția genitalității. În finalitatea sa este vizată reorganizarea emoționalității și a gândurilor din perspectiva cuplului. În raport cu metamorfoza propriului corp, apare dorința permanentă de a găsi o explicație ...*părinții închid ușa camerei... sora sau fratele se îndepărtează puțin câte puțin...* și uneori apare sentimentul ciudat de a nu-și putea controla pulsunile și personalitatea (după A. Birraux, 1999).

Pubertatea este anunțată de modificarea trupului și pare a fi neînțeleasă, tânărul căutând și dorind din răspuțeri să-i dea un sens. Rămâne întrebarea: este un eveniment ce vine din interior sau din exteriorul psihismului? Și pentru că cel în cauză îl presimte, el îl așteaptă cu înfrigurare și se întreabă dacă va veni sau nu. De multe ori, transformările fizice bulversează psihicul. Este vorba de primele dorințe sexuale, ce sunt percepute ca a fi străine. Nu există experiență anterioară, căci nu este o repetiție a infantilului, ci realmente ceva nou! Este un moment paradigmatic, dar cu toate acestea adolescența poartă în ea un model ce se va regăsi în repetițiile ulterioare ale crizelor subiectului matur. Experiența somatică a pubertății obligă la o punere în cuvinte, la o metamorfozare a sufletului. În plan fenomenologic, *corpul adolescentului nu-i mai aparține* – apar senzații noi și o nouă percepție.

Credința are totuși o anumită infantilitate, ce-i permite integrarea în personalitate a acestor „modelări”. Sunt bine cunoscute experiențele tinerilor de această vârstă în raport cu propria percepere în oglindă în clipele de intimitate. Pierderea simbolică a *trupului de copil* explică depresia adolescenței, căci *noul corp* exprimă radicala obligație de a accepta ireversibilitatea sexului anatomic.

Atât din perspectivă metapsihologică, dar și psihodinamică, centrală rămâne relația cu mama: la pubertate, copilul este obligat să renunțe la „azilul” matern. Este foarte dureroasă acea consolare solitară, substituită celei parentale. Schimbările și bulversările corpului, precum și ale relațiilor interpersonale determină acel **a fi singur** în încercarea de a „corespunde” lumii exterioare. Regăsim aici dimensiunea transgenerală, acea regăsire a unității, raționalizarea ca operație logică.

Cu timpul, avantajele transformării îi conferă o nouă satisfacție. Renunțarea la imaginea infantilă parentală nu este posibilă cu ușurință, motiv pentru care pubertatea simbolizează depresia. Fenomenul este reciproc, deoarece și părinții sunt capabili de

travaliul despărțirii de copil de-abia într-un anumit moment. Schimbarea scopului iubirii constituie radicala „descoperire”. Încetul cu încetul, se dezarmează fantasmele copilăriei. Adolescența presupune o forță, uneori stranie și periculoasă, dar întotdeauna rămâne nevoia unui ideal social securizator.

Problema diferenței dintre sexe precedă adolescența, fiind prezentă încă din logica infantilă, dar acum această deosebire devine calitativă și perceptibilă subiectiv. Nu există tineri care să nu sufere, tot așa cum adolescența nu este o banalitate. Ea nu se adresează neapărat educatorilor, pediatriilor sau psihologilor, ci este problema fiecărui tânăr în raportul de dependență sau non-dependență cu propria familie, acel „a capăta forță” spre „a-și lua zborul”.

Modul psihoterapeutic de abordare a adolescenților rămâne *conversația*, moment în care se produce cu ușurință regresia afectiv-comportamentală. De multe ori, părinții nu înțeleg nuanța dintre *separarea* tânărului în sensul posibilității reflectării și pierderea totală a relației cu propriul copil. Căutarea soluției pentru adolescent presupune un fel de „distilare” a gândurilor. Nu este de neglijat problema constituirii imaginii narcisice care intervine în detașarea de familie. În separarea tată-fiu, o importanță deosebită o au fantasmele agresive ale tânărului, pentru depășirea momentului fiind necesare strategii defensive din partea adultului. Pe de altă parte, întâlnim tot mai frecvent adolescente anorectice, ce își refuză construirea propriei feminități și a bucuriei adiacente, această atitudine având ea însăși nuanțe sadice. Pentru astfel de fete este dificilă „spargerea” acroșajului matern, căci există liantul a ceva agresiv. Anorexia, ca și amenoreea sunt strategii patologice tranzitorii ce oglindesc refuzul sexualității și al feminității, exprimând o problemă de identificare și de acceptare a identității corporale (după A. Birraux).

Adolescența, văzută ca moarte a copilăriei, face ca schimbarea corpului (în care sunt încorporate dorințele parentale legate de sexul anatomic al copilului și de relația acestuia cu părinții) să fie interpretată ca un sacrificiu. Astfel, se redeșteaptă prima copilărie și totul se trăiește într-o manieră compactă și condensată a instantaneului, deoarece problemele actualului palier cronologic sunt deja puse, iar acum reînvie.

6.4. Separarea de copilărie. Negarea identității infantile

Palierul de vârstă cuprins între 15 și 18 ani se caracterizează prin definirea personalității și a sexualității din punct de vedere al atributelor psiho-emoționale. Metaforic vorbind, adolescența poate fi animată de dorința de a deveni adult, ca *stare de echilibru* spre care se tinde în această etapă fragilă a existenței. Cele patru dimensiuni majore ale *transformării spirituale* în cauză sunt:

- dezvoltarea conștiinței de sine,
- negarea identității infantile,
- construirea unei noi identități, în care un loc aparte revine *idealizării modelelor* alese *și*
- impunerea acesteia.

Conștiința de sine se formează și se consolidează prin adâncirea separării dintre cele două planuri: cel al realității exterioare obiective și cel al lumii interioare subiective. Se accentuează astfel momentele de intimitate a Eu-lui, de reverie și autoanaliză, îmbogățindu-se viața lăuntrică prin dimensiunea *erotizării*, ce relevă o altă viziune, integrativă, a imaginii de sine (după St. Milea, 1988). Acum se desăvârșesc „mecanismele” implicate în emiterea judecăților critice, se afirmă valorile proprii prin convingeri puternice (idei – forță, adânc implicate în structura personalității și susținute afectiv) – care uneori pot trece cu ușurință de la *apărarea* unor concepte precum *datorie, onoare, dreptate, adevăr la fanatism social, etic sau moral*. Aceasta este perioada internalizării normelor de conduită, aderarea la *roluri și statuti* bine construite (modelul de *părinte, tată, soț, idealul profesional, imaginea partenerului mult visat*), „achiziția” majoră reprezentând-o „saltul” de la *conformism* la *convingere*. Comparativ cu etapa precedentă, pulsunile sexuale sunt reanalizate și canalizate printr-o prismă mai matură, apărând subordonate voinței, în timp ce recurgerea la *modă* se face datorită restructurării corporale – raportat la ceea ce este *plăcut* de grupul de apartenență.

Conștiința de sine devine astfel un factor activ de autoreglare și control, pârghie în procesul socializării prospective (St. Milea), căci se activează acel „potențial latent germinativ”, ce reprezintă nucleul evolutiv pentru autovalorizarea, dezvoltarea și maturizarea personalității, reliefându-se încă o dată rolul princeps al viitorului. Adolescentul apare ușor temător, labil, excelând în „extreme” în încercarea sa de a-și apăra viața intimă ca „bunul cel mai de preț”, motiv pentru care „destăinuirile” sunt limitate și există o continuă și nejustificată frică de „trădare”.

Își impune noua identitate regândind *totul*, pornind de la faptul că în prima etapă *știe în primul rând ce nu vrea, urmând ca abia apoi să realizeze ce-și dorește cu adevărat* (St. Milea). Despărțirea de copilărie se face într-o manieră „zgomotoasă” și demonstrativă, cu aroganță, dramatizare și extravaganță – ceea ce numim, pe bună dreptate, **criza de originalitate juvenilă** – izvorâtă din neîncrederea în sine, speranța de a se elibera de conformism și nevoia de a fi validat de grup. Prietenii transformă și modelează personalitatea individuală, există principiul subordonării la interesele celorlalți, obligațiile sunt de la sine acceptate, iar dragostea „*trebuie meritată*”. Gândirea capătă amprenta filozofiei prin abordarea cu predilecție a temelor abstracte, luând rolul de *for interior*, „sacrificând” imaginația prin apropierea sa tot mai mare de realitate.

Restructurarea afectivității pornește de la descoperirea limitelor competenței adulților. Prestigiul acestora nu mai decurge automat din faptul că părinții i-au dat viață, ei trebuind să facă „proba” de a merita respectul adolescentului. Formele extreme pot duce la sfidarea autorității, deși, dacă privim mai în profunzime, sesizăm că, inclusiv atunci când purtarea tânărului sugerează tendința de a o „rupe” cu părinții, el nu vrea, de fapt, decât „*să-și încerce forțele*”. Adolescența presupune renunțări și sacrificii, al căror „motor” este depășirea dependenței afective a copilăriei și transformarea ei în **atașament** (sentiment resimțit vizavi de persoane cărora nu le datorează nimic aprioric). *Prima dragoste* se împletește cu judecățile estetice și urmează etapele dezvoltării emoțiilor – *revoltă, închidere în sine și exaltare* (St. Milea). Maturizarea nu se desfășoară „ca de la sine”, existând dificultăți și perioade solicitante – uneori disimulate – fie dintr-o falsă pudoare, fie dintr-o structură introvertă, în permanentă poziție de a apăra *ceva* în fața unor părinți neliniștiți, egoiști, centrați pe propriile

ocupații, ezitând în rezolvarea problemelor de viață, ce le prezintă tinerilor greșeliile pasagere drept catastrofe de netrecut.

Personalitatea nevrotică a timpului nostru, de care amintea Karen Horney, dobândește alte valențe, date fiind multitudinea și diversitatea mijloacelor de informație – iluziile, erotismul de fond, problema deformatelor valori oferite de mass-media, ce induce o depersonalizare care atrage după sine o facilă intrare în anonimat, în lumea celor mulți și ratați (copiii – sportivi sacrificați pentru idealurile gracile și superflue ale părinților, fotomodelele pregătite inconștient și involuntar pentru eșecuri în planul relațiilor intime, bazate pe o structură masochistă și înclinată la sacrificii). Se mijlocesc cu ușurință contactele interumane tranzitorii, superficiale, animate de miraje și curiozități, iar psiho-sexualitatea se „diluează” încet, datorită lipsei unei ghidări adecvate printre „stâncile” ce reprezintă greutățile vârstei.

Adultul – părinte sau educator – ar trebui să-și cunoască, să-și definească și să-și investească propriul rol, asemănător cu acela al unui *navigator-explorator atotcunoscător al „zonei”*, reușind să-i ofere tânărului atât satisfacerea trebuinței de a fi iubit (ardentă, primară și intens folositoare), cât și puterea de a se destăinui fără teama de a fi ulterior umilit. Părintele, „deghizat” în „**antrenor social**”, trebuie să știe că *o victorie prea ușoară dezamăgește* (Șt. Milea), dovedind permisivitatea extremă a celor mari, fără a uita nici o clipă reversul medaliei, pentru că totuși *viața nu este o luptă cu morile de vânt!*

6.5. Adolescență și sexualitate – de la pulsione la sentiment

Autentica împlinire sexual-afectivă este trăită la adolescență de cele mai multe ori **în plan fantasmatic**, în timp ce **dimensiunea reală** a acestor experiențe lasă uneori urme amare. Suntem medici, și dintr-o *falsă pudoare* originată într-o permanent invocată „lipsă de timp”, din *neconștientizarea adevăratei întinderi a reminiscențelor sădite de traumele acuplării* sau dintr-o *lipsă a pregătirii de profil*, ajungem să cunoaștem această dinamică fiziologică firească, de-abia atunci când ne confruntăm cu **efectele nocive** provocate de **lipsa unei educații sexuale adecvate, mature** – ca o elementară profilaxie a tulburărilor emoționale de mai târziu. Deși energia fizică și psihică are la bază instinctele, ne-am obișnuit să gândim dintr-o perspectivă intens alopată, uitând că multe dintre simptomele tinerilor ar putea ascunde *o dramă a vieții intime*.

Am întâlnit de curând o tânără al cărei comportament de „doctor shopping” și multiplele investigații hormonale efectuate în antecedente erau centrate de obținerea asigurărilor legate de „**buna funcționare a organismului feminin**”. La un contact psihologic mai profund, a devenit evident cum normalitatea clinică îi părea de neînțeles, atâta timp cât în spate funcționa impactul negativ al scenei dezvirginării. Frustrarea acumulată, interpretată ca afront narcisic, a determinat o disperată căutare a unui substitut de afectivitate, pe măsură ce refularea nereușită a generat impulsuri bulimice și dificultăți de acceptare a schemei corporale cu interpretări perceptuale eronate – nucleul nevrotogen al actualelor probleme de sănătate. Tensiunea intrapsihică investită în negarea durerii morale s-a convertit în senzitivism, agresivitate și refugiu hipocondriac.

În astfel de cazuri, medicii se grăbesc să-l informeze pe tânăr despre deplina sa sănătate fizică, deși inconștient acționează un sexism în virtutea căruia, mai în glumă, mai în serios, totul se explică în termeni de *satisfacție* sau *privare* în plan erotic. Și totuși, consultația medicală se limitează la sfaturi superficiale de tipul „*mai du-te și tu cu mama la teatru*”, „*de ce nu practici un sport?*” sau laitmotivul „*toți trec prin asta*”. Părinții, în urma *greutăților de zi cu zi*, ajung să nu mai pună preț pe revigorarea oferită sufletului de un contact sexual reușit, motiv pentru care le prezintă copiilor *sfera pulsionilor libidinale* drept sursa unei culpabilități extreme. Dorința carnală este miracolul umanității însăși, despre care ar trebui să discutăm deschis.

Nicăieri, **sexologia** nu este studiată direct. Endocrinologia, pediatria și chiar psihiatria evită abordarea frontală a **instinctualității** ca **filon al creativității umane**, prin erijarea în studiul fiziologicului, hormonalului sau al patologiei gândirii erotico-motivaționale. Cu toate acestea, rolul nostru ca medici este de a stopa **macrotulburările sexualității** văzute ca o **criză a personalității adolescente**. Până la a acționa la nivel general, ne putem axa pe aprofundarea cunoașterii psihologice a tinerilor, chiar atunci când ei se prezintă pentru investigații de rutină, încercând în banalele conversații *face-to-face* să le încrustăm **nevoia de a recupla sexualitatea cu afectivul**, refăcând clivajul ce s-a produs în actuala *lume dură*, o dată cu destrămarea mirajelor copilăriei. Atunci, suportul securizant al celui alt devine o **necesitate**, de alt ordin și la alt nivel decât dorința pubertală *de a fi împreună*. Ideal este atunci când există **NOI** ca refugiu, ca suport, ca rezervă energetică necesară renașterii emoționale în urma confruntării cu vicisitudinile inerente condiției umane.

6.6. **Teribilismul** adolescenței și riscul constituirii unei **personalități histrionice**

În anii de liceu, fiecare tânăr încearcă să-și construiască propriul fel de-a fi – reușind mai ușor sau mai greu să fie acceptat de cei din jur, dorindu-și mai mult sau mai puțin acest lucru, în funcție de nevoia de securitate afectivă care, fără a ne da seama, atinge acum cote maxime. Adolescența este *un moment al adevărilor interioare nemărturisite*, atunci când îți analizezi strădania, dar întrezărești prin ceața multiplelor nesiguranțe și profilul de peste ani, în virtutea căruia îți reprezinți mintal și cu ardoare cucerirea necunoscutului. Uneori, discrepanța dintre imaginea părinților ideali – asiduu construită și apărută în copilărie – și realitatea pe care curajul tineretii nu o poate totuși înfrânge te face să te simți jenat, rușinat, de parcă a-i vrea să te pierzi sau a-i vrea să-ți ascunzi originea, să-ți negi „rădăcinile”, spre a nu te simți contaminat de acea parte „nedorită” a „*primitivismului*” acestora. Asemenea fetei ce se închipuie prințesă sau băiețelului care așteaptă Zâna Bună, la 15 ani, atunci când mijloacele de stăpânire a destinului nu sunt încă solide, cea mai simplă modalitate de împlinire este *calea fantasmatică*. Vom întâlni cu ușurință *simularea*, *meta- supra-* sau *disimularea*, acele „castele de nisip” alcătuite din convingerile și concepția despre lume și viață, construită prin prisma viselor adolescente.

Este vorba despre **teribilism**, ce îmbracă aspecte variate: de la fruste note histrionice – ca „arme” ale seducției – și până la îngrijorătoare forme de mitomanie. Din

dorința de a cuceri, tinerele domnișoare transformă momentul pierderii virginității într-un desuet „*aici și acum*” și utilizează întregul arsenal feminin – începând cu expresii emoționale adânc studiate în „miraculoasele” oglinzi și terminând cu exteriorizarea labilității afective ca marcă a rafinamentului, educației și culturii izvorâte din romanele sentimentale „la modă”. Ambivalența, ca o caracteristică a vârstei, se exprimă printr-o pendulare între nevoia de a dăruii suport moral și prezentarea repetitivă, obositoare a propriilor probleme – autentice sau fictive –, dar care au un sigur rol în atingerea scopului inconștient de a stârni admirația. Simptomele frecvent întâlnite – anorexia, anxietatea, dispoziția depresivă, lipotimiile sau bine cunoscutele „crize de spasmofilie”, departe de a avea o cauză organică, sunt evidențierea unui conflict intrapsihic sau a unei psihotraume ce scapă controlului voluntar. Părinții refuză să accepte vulnerabilitatea sufletească a copilului, și reproșând la nesfârșit acel „*stăpânește-te*”, nu fac decât să întrețină un cerc vicios în urma căruia conduita emoțională dezorganizată tinde să se permanentizeze. Ei își „declină competența” la contactul cu *starea de rău* a tinerei, considerând salvator medicul ce *știe* să administreze *calciu și diazepam*, în locul unei înțelegeri mutuale.

Dacă în familie cel în cauză nu-și găsește locul, mai vie sau mai estompată, tendința de a polariza atenția celor din jur este prezentă, regăsită chiar atunci când, fără a spune că este „nepotul” unei mari personalități, el va lăsa să se înțeleagă nobilele rude. Pentru a fi acceptat de prieteni, caracteristică este *mobilitatea dispozițională*, atunci când se „mulează” stării de spirit a grupului, pe care o trăiește mai accentuat decât interlocutorii. Dacă prietenul este afectat negativ dintr-un motiv oarecare, el dezvoltă reacții similare resimțite exagerat. Deseori, aceasta este perioada schimbării atitudinilor, intereselor, renunțării cu ușurință și fără motiv aparent la grup, în ciuda frumoaselor amintiri. O astfel de **personalitate histrionică** va căuta sau va cere constant reasigurare, aprobare și laudă, va fi extrem de preocupată de aptitudinea de atracție fizică pe care o poate induce, deși stilul său comportamental îmbracă aura unui *impropriu* fel de a fi. Este egocentrică, orientându-și acțiunile spre satisfacții imediate, lipsindu-i toleranța la frustrare, dar erijându-se într-o vorbire declamativă din necesitatea imperioasă de a impresiona.

Aici am putea include acei tineri *aventurieri excitabili*, extravaganți, înclinați spre *frizarea riscului*, acționând de multe ori inadecvat; adolescenți ce se prezintă posibilelor parteneri drept „partida mult așteptată”, ce-și inventează sieși sau părinților majore realizări existențiale, călăuziți de superficialitate, dorind cu ardoare noutatea, stimularea și plictisindu-se rapid de rutina normalității. Bărbați ce se percep ca fiind încântători, alunecând spre o figurativă fantezie romantică, dar inconsecvenți și lipsiți de o judecată solid ancorată, așteptând „din afară” soluții magice. Tineri capricioși, sugestionabili, ușor de influențat. În viața intimă, astfel de adolescente sunt mai înclinate să se autositueze într-o poziție *de dependență*, în timp ce pentru sexul opus este mai des întâlnită *tendința de control absolut*. Deși aparent sexualitatea este domeniul despre care ar discuta cu o mare lejeritate, ei sunt departe de a experimenta emoții puternice în momentele de cuplu datorită unei *hiporeactivități* generale, mascată de utilizarea unui vocabular vulgar și de aderarea la ideea partenerilor „de ocazie” (după DSM IV, 1994).

În anumite limite, aceste trăsături sunt comune și tranzitoriu întâlnite la majoritatea adolescenților, dar riscul este acela ca, în lipsa unor mijloace educaționale adecvate, să se transforme într-un *tablou de personalitate* al „exploatareului interpersonal”, ce

mente spre a-și împlini reveriile și ajunge să creadă că necazurile sale sunt unice și pot fi înțelese numai de oameni „speciali”. Viitorul adult va deveni lipsit de empatie, așteptând nejustificat putere, strălucire și succes, resimțind acut sentimentul de invidie în fața acelora mulți ce **se pot bucura de fericirea propriilor limite**, fără a avea nevoie de calități imaginare spre a **se accepta**.

6.7. Recurgerea la drog – *fenomen social versus structură particulară de personalitate*

Atunci când ne întrebăm cine ar avea curajul să facă apel la **voință** pentru a aduce modificări **comportamentului** – pare că o simplă recomandare ar fi suficientă (D. Ernest).

Cu aproximativ doi ani în urmă, eram de gardă la un spital de copii din București. Mă obișnuisem destul de repede cu patologia pediatrică și mi se părea că lucrurile se desfășoară ca de la sine, până când... Într-o după-amiază de sâmbătă a fost adusă de către medicul de Salvare o tânără de 15 ani, cu o simptomatologie ce ieșea oarecum din tiparele cunoscute. Cu 20 de minute în urmă prezentase tahipnee, aritmii, excitație, cefalee, convulsii, după care a intrat în comă de gradul I cu hiperreflexie, mioză punctiformă, bradipnee și hipotensiune. Am evaluat rapid în minte posibilele intoxicații acute voluntare medicamentoase și mi se părea că totul este vag, nespecific, neîncadrabil cu certitudine în categoria sedativelor sau tranchilizantelor – primele la care mă gândisem ca fiind la îndemâna șantajului adolescentin. În câteva minute, lucrurile s-au precipitat..., s-au adunat toți medicii și concluzia a fost că fetița trebuie transferată de urgență la Spitalul „Grigore Alexandrescu”, unde există centru de toxicologie. În urmă au rămas doar cuvintele și mirarea... „cine știe ce-o fi luat... acum, cu toate drogurile astea care circulă prin licee...” ...Și disperarea unei mame ce-și privea copilul în ghearele morții, afirmând continuu că doar cu jumătate de oră înainte se întorsese veselă, e-adevărat – puțin cam amețită(!), de la o întâlnire în parc, după orele de școală... Dincolo de aspectele medicale, rămăsesem impresionată de zbuciumul sufletească al părinților, care printre lacrimi au apucat să-mi destăinuie cum cu doi ani în urmă soarta crudă le-a mai răpit un băiat, de 21 de ani, într-un stupid accident de mașină. O explicație empirică a izbucnit spontan: „...fetița noastră, știți, de-atunci suferă... n-am știut cum s-o ajutăm... ne e frică să n-o fi apucat pe căi greșite...”.

S-a vorbit și se vorbește mult despre – ceea ce generic numim – **consumul de droguri**, accentuându-se **dimensiunea socială**, mai ales că „*înainte, nu se întâlnea așa ceva la noi*”. Cu certitudine că fenomenul a luat amploare și cele mai la îndemână mijloace de a-l stopa sunt interdicțiile legice legate de distribuire, consum, coruperea minorilor...Ceea ce cunoaște publicul larg este acel „*uite, cum s-a ajuns astăzi... o tânără fată este invitată la cofetărie și i se pun droguri în prăjitură...*”. Desigur, cazul este real și îngrijorător, atunci când se profită de inocență, de lipsa experienței de viață...; ne putem gândi chiar că acestea sunt „*armele*” moderne ale seducției... o seducție perversă ce oferă o diabolică plăcere unor minți bolnave, înlocuind clasică și „*perimată*” satisfacție a *donjuanilor de altădată*. Dar, pentru a putea face față acestui

„flagel al civilizației“, trebuie să analizăm în profunzime, să *sondăm* aceste fragede personalități în devenire, spre a afla motivațiile ascunse, traumele, conflictualitatea, dorința de a fi acceptat, nesiguranța existențială ce-i îndeamnă pe tineri să apeleze, acum mai mult ca niciodată, la această lume fantasmatică... O simplă remarcă nesemnificativă a unui profesor, reproșurile – nu întotdeauna justificate – ale părinților, atât de invocată *decepție sentimentală* și imaginația, susținută de drog, propulsează...

Din păcate, cele mai frecvente și mai deprimante situații se întâlnesc atunci când tânărul *în cunoștință de cauză*, „*de bunăvoie și nesilit de nimeni*“ recurge la aceste *împliniri iluzorii*. Aici întrezărim **resortul profund** asupra căruia trebuie să acționăm pentru a **înțelege**, înainte de a **pedepsi**, deoarece permeabilitatea la „*ispită*“ ne este încrustată genetic, din toate timpurile existând *structuri psihice* rezistente și oameni „mai slabi“. Sigur că imitația, contagiunea afectivă, „*spiritul grupului*“, o greșită interpretare a empatiei sau *teribilismul* în construcția propriului fel de a fi **instigă** și **directionează** conduita prin prisma acceptării necondiționate și necritice a influențelor celorlalți. Aceasta este aparența, la care din comoditate sau din teamă ne oprim cu explicațiile, când latent funcționează frustrări afective de netrecut, *ne-mărturisiri interioare*, angoase și sentimentul renunțării la lupta autodevenirii.

Fără a pune la îndoială buna-credință și acea „*cuminenție*“ apriorică a oricărui copil, ne întrebăm totuși în câte din cazuri scena primei „*ademeniri*“ este reală sau re-inventată prin combinatorica fabulației, atunci când culpabilizându-l *pe altul* găsești o scuză plauzibilă pentru propriile impulsii pierdute de sub control. **Dimensiunea socială** a fenomenului o estompează pe cea **psihologică** și poate că ar fi momentul să analizăm structurile permissive ce aderă cu ușurință la acest mod inconștient de a-și face rău. Fără a fi inutilă munca organizațională, instituționalizată – ca simbol al unei autorități de stat represive în raport cu latura de *contaminare* socială, nu trebuie omis accentul individual – susținerea personalităților imature, dominate de impulsii sau note histrionice, care s-au dovedit a fi cele mai „*receptive*“ psihologic la drog.

Dacă am analiza cu atenție trecutul acestor tineri, am vedea cum *dependența* este, de fapt, *o nevoie de dependență*, finalul unui lung șir de comportamente ce-și originează concepția despre lume și viață în iluzia unor profunde prietenii..., *adolescenta ce se simțea securizată de faptul că agenda telefonică însuma peste o sută de persoane la care putea apela în orice moment al zilei sau nopții pentru o doză...*; *șubred paravan de sprijin emoțional pentru o fostă fetiță anorectică, adesea uitată până seara târziu într-o grădiniță pustie...*

Recurgerea la drog este întâlnită și la celălalt pol al dezvoltării intelectuale și afective, atunci când individul este lipsit total de orice motivație – fie ea și inconștientă – comportamentul său fiind dominat de mimetism primitiv situat pe treptele bazale ale dezvoltării de sine. Aici ar intra – actualii sau foștii – *copii ai străzii*, pentru care speranța recuperării emoționale – ca garanție a unei elementare profilaxii antidrog – este din start pierdută.

Depart de a fi universal valabil, am încercat să conturăm aici **tabloul de personalitate** al adolescentului înclinat spre consumul de drog, profil ce se poate înscrie într-unul mai general, al **dependenței emoționale**, atâta timp cât aderăm la ideea că *lumea fatasmatică a heroinei* oferă unora dintre noi, aceloră *moralmente învinși*, **un plus de afectivitate**.

6.8. Greșeli de copil – greșeli de părinte

Reacția adolescentină **de opoziție sau protestul patologic** exprimă o atitudine de revoltă a tânărului în cauză ca răspuns la o condiție neadecvată de mediu. De multe ori trece neobservată, mai ales când îmbracă forma caracterului pasiv, neexteriorizându-se prin „crize” sau acte hetero-agresive. Se poate manifesta ca refuz școlar, părăsirea domiciliului, ideatie suicidară, având pentru cei din jur, dar mai degrabă pentru părinți, conotația unui fenomen *neasteptat*, ca o descărcare brutală a unor tensiuni îndelung acumulate. Disimulată sau „neluată în seamă” de anturaj, aparent, se stinge treptat. Adulții afirmă „încântați”: „*Și-a revenit! Acum e atât de cuminte, încât nici nu mai iese din casă!*”. Toleranța familiei la depresie este crescută! Copilul „nu le mai face probleme”, motiv pentru care nu trebuie supravegheat! Treptat însă, se face virajul spre ceea ce numim **reacție de demisie**. Sunt acei adolescenți neîncrezători, cu un nivel aspirațional scăzut comparativ nivelului performanțial autentic, ce lasă impresia de a fi dominați de *lene* sau *nepăsare*. Fără a aparține neapărat „marii psihiatrii”, ei au totuși o viață jalonată de lipsa curiozității și interesului, scăderea voinței și inițiativei, sugestibilitate și influențabilitate, *simptome* pe care le putem reuni sub sensul comun al bine cunoscutei expresii de „a se lăsa în voia sorții”. Acești tineri ajung „o pradă ușoară” tentațiilor de tot felul, curselor întinse de adevărații psihopați, versați, în căutare de noi victime. Confrunțați doar cu eșecuri, lipsiți de încurajări, rejecți și desconsiderați, interpretează orice efort pasibil de rezultate favorabile prin prisma inutilității, ca o apărare la sentimentul general de a fi *depășiți de obligații* (după Șt. Milea).

Aceasta ar fi și situația Anei V., 17 ani, adusă la spital de părinți pentru abandon școlar. La primul contact se remarcă o tânără îngrijită, coerentă, cooperantă, timidă, inhibată și reținută, care disimulează simptomatologia depresivă, rămânând la acuze superficiale de genul unei cefalee difuze cvasipermanente veche, astenie și fatigabilitate, afirmând repetat: „*Nu știu de ce mi se întâmplă asta, eu nu vreau decât să nu mai merg la liceu!*”. Vine însoțită de ambii părinți (ce nu au împlinit încă 34 de ani), mama luând inițiativa în expunerea anamnezei – hiperprotectivă, anxioasă, cu tendință la plâns, resimțind culpabilitate în raport cu perturbările emoționale ale fiicei. Se remarcă *aparența* unei familii organizate, sub care întrezărim marcate tensiuni și conflictualitate între soți.

Tatăl – neidentificare cu rolul parental autentic, datorită unei lungi perioade de absență (șase ani) – suprapusă peste vârsta pubertății fiicei (contract de muncă în străinătate); note de imaturitate comportamental-atitudinală (invocă nevoie adolescentină de „libertate”, relații ocazionale de prietenie cu tinere de 20 de ani); neimplicare în rolul conjugal (impulsivitate, agresivitate, „independență”). În momentul prezent – neliniștit de perturbările emoționale ale fiicei, reacționează în manieră agresivă: „*Ce dacă te omori? Mai avem un copil! Suntem tineri și mai facem unul!*”.

Mama – emotivă, labilă, tensionată, ușor deprimată, considerându-se vinovată pentru hipercentura în care și-a crescut fiica; ascunde problemele conjugale: se

sesizează tendințe masochiste inconștiente, ce conturează prototipul „femeii sacrificate pentru familie și copii”, agresată verbal și fizic de soț, recurgând la consumul de alcool și amenințându-și fiicele cu suicidul.



Ca activitate școlară, Ana a fost premiantă în clasele I – X, la începutul clasei a XI-a prezentând o „cădere nervoasă”, pe care „a trecut-o singură”; din afirmațiile mamei – după o *decepție sentimentală*, consecutiv căreia a reușit să termine clasa a XI-a cu media generală 7,14. În septembrie, la începutul noului an, nu poate face față contactului psihic cu colegii și atmosfera liceului, în câteva săptămâni ajungând la refuz școlar și interpretare depresivă a performanțelor anterioare („Sunt proastă!”, „Am citit extrem de puțin!”, „Am luat premiu din întâmplare!”). Dorește transferul la un liceu mai slab, motivând că „nu se ridică” la standardele cerute de un *Colegiu Național*. Atitudinea profesorilor este de tipul: „Este o elevă foarte bună; să se mai gândească!”.

Vulnerabilitatea la psihotraume se poate sesiza încă din anii copilăriei, cristalizându-se o structură de personalitate de tip distimo-labil, cu note anxioase – în context reactiv, în prezent decompensată depresiv. Corelatele inconștiente sunt legate de dorința de autopedepsire și de culpabilitatea originată în relația de simbioză cu nefericirea mamei. Ana le „descoperă” părinților incapacitatea de dăruire autentică – „întotdeauna îmi reproșeau că m-au adus pe lume spre a le aduce lor mulțumire sufletească!”. Mama este speriată, afirmând în repetate rânduri: „mi se pare că mă pedepsește!”, „parcă vrea să-și facă ceva rău, să ne atragă atenția!”. Cele două femei sunt într-o permanentă nevoie de afecțiune nesatisfăcută, „cerându-și” reciproc mai multă securizare și sprijin decât poate cealaltă să ofere. Este greu de reconstruit o

relație terapeutică, Ana refuzând comunicarea cu mama – pe de-o parte, ostentativ, pe de alta, simțindu-i lipsa de „putere sufletească” necesară spre a-i accepta și, eventual, a-i contracara descărcarea durerii. În copilărie i s-a „inserat” imaginea unei mame *slăbite psihic*, temătoare de aria sexualității și dăruirii empaticе, ceea ce a „obligat-o” pe tânără la adoptarea rolului *puternic*, înfruntând un tată ce se „apăra” într-o manieră violentă.

Patternul *învățat* al iubirii este unul de tip: *dăruire–victimizare–pedeapsă–nefericire*, dovadă atracția spre a iubi un băiat ce se droghează, oferindu-și sentimentele (și chiar pe sine!) drept „instrument” de ajutor. Este fascinată de suferință – „*mi-am început viața sexuală din curiozitate, din prostie, din teama de singurătate*”, „*mi-era frică să nu mă părăsească*”, „*simțeam lipsa cuiva care să mă iubească*”, „*mă făcea să mă simt importantă*”. Se întrezărește tentația de a-și *umili* mama, prin alegerea unui partener total opus modelului acesteia. Din păcate, puternica înclinație inconștientă spre traume o face să sfârșească timpuriu și dramatic această relație, consecutiv unui avort. Ulterior, se refugiază în *refuz nevrotic*, atitudine de respingere a sexualității și impulsioni bulimice, care compensează carențele afective. Angoasa de abandon este deghizată în nevoia de valorizare.

Ana vine la ședințele de psihoterapie după o perioadă de câteva săptămâni de negare a depresiei printr-o tehnică de autohipnoză improvizată, în care-și imagina cum șterge cu guma de pe scoarța cerebrală evenimentele *grele*. I se *construiește* un climat de acceptare, în virtutea căruia nu-i este contestată incapacitatea de a frecventa școala. Învăță să-și înfrunte mama în plan fantasmatic. Are mai multe momente de catharsis emoțional, după care s-a recurs la *relativizarea* celor întâmplate și la repetate *probe ale realității*. Discuția cu mama a fost centrată de necesitatea de a trece cu bine *dovada puterii* – acceptând tăcerea fiicei drept pedeapsă –, *consumarea culpabilității la mică amplitudine*, în care adoptă o atitudine defensivă, așteptându-și reproșurile. Avem lungi discuții legate de dorința ei de autopedepsire și de teama – mai mult sau mai puțin conștientă – de a nu repeta istoria de viață a mamei. Părinții sunt ajutați să înțeleagă că *băiatul nepotrivit* nu este cauza „răului” ce se petrece cu Ana, ci alegerea este consecința cererii depresive de a-și face rău. Totodată sunt deculpabilizați, întărindu-li-se imaginea de **cuplu**, și se modifică „arhetipul” mult blamat al tatălui, ce este acceptat drept **aliat** în viitoarea confruntare în real cu climatul socio-relațional al școlii. Încercarea este „de cursă lungă”, dar încununată cu speranțele noastre – părinții tineri greșesc o dată cu adolescenții, dar din fericire reușesc să se îndrepte *primii*!

6.9. Psihotraumă adolescentină versus debutul unei boli grave

Pacientul C.C., 17 ani, a fost internat pentru orientare școlar-profesională și tratament recuperator. De circa 2 ani acuză dureri vag localizate la nivelul articulației coxofemorale, cu iradiere ce nu respectă nici un traiect nervos. Obiectiv, se evidențiază dificultăți de mers și frustă amiotrofie prin scăderea solicitării musculaturii membrului respectiv. Toate investigațiile paraclinice (umorale și imagistice – inclusiv CT, RMN) nu prezintă modificări. În aceste condiții, în afara examenelor medicale

complexe, se recomandă un examen psihologic, ale cărui rezultate le prezentăm în continuare.

Anamneza:

Simultan acuzelor reumatologice, se identifică tulburări de natură psihosomatică cu debut insidios – aparent în legătură cu o psihotraumă de coloratură adolescentină (schimbarea locuinței, separarea de cercul vecinilor). Din relatările mamei, reiese că durerile au început la un an și jumătate după acest incident, identificându-se o anumită vulnerabilitate legată de semnificația personală atribuită situației. Boala debutează cu un episod de două săptămâni, care, după descriere, sugerează o depresie de intensitate medie (refuz în a părăsi camera, în a comunica cu părinții, cu păstrarea în limitele normalului a comportamentului alimentar). Hipobulia și retragerea socială (inclusiv izolarea totală de cunoștințe) fac ca episodul să depășească o obișnuită criză adolescentină a opoziției. În ultimele șase luni se accentuează indiferența, tendința spre consum de alcool și spre abandon școlar (șase corigențe, absențe frecvente la un elev cu rezultate anterioare bune). Acestea sunt justificate prin lipsa energiei și sentimentul neputinței.

Discursul se centrează pe frustrarea separării de prieteni, apatia față de care nu are interpretare, rezultatele școlare nesatisfăcătoare, care par a-l neliniști, negând total orice alte simptome auxiliare.

Din relatările mamei, se întrevide o tendință accentuată către comportamente bizare (aderența crescută față de articolele revistelor gen „paranormal”, preocupări exagerate legate de fitoterapie – consumă selectiv numai anumite alimente, cu multiple interpretări adiacente, „obligându-i” și pe cei din familie – mai ales pe mamă – să-i urmeze exemplul, execută frecvente schimbări de decor al camerei, în concordanță cu „anumite meridiane” și „culori” cărora le acordă o simbolică particulară).

La o anamneză mai profundă a mamei se identifică faptul că debutul real al acestor comportamente corespunde unei psihotraume mai „adânci” (copilul află că mama este diagnosticată cu neoplasm uterin, încercând să mascheze și să aibă chiar și în momentul prezent atitudinea de negare a diagnosticului). Separarea de prieteni devine astfel o amintire ecran față de o durere mută.

Observații și interpretare

Manifest: neliniște și ușoară revoltă, legate de actul psihodiagnostic cerut de părinți, timiditate, sensibilitate, astenie, dispoziție depresivă, epuizarea resurselor energetice.

Latent: doză crescută de agresivitate, cu consum energetic marcat pentru mascare, ambivalență extremă față de mamă (inconștientul „cum ți-ai permis să mă faci să sufăr, îmbolnăvindu-te?” trece într-o reacție conștientă de tipul „cum ți-ai permis să mă despați de prieteni?”). Se identifică o puternică fixație parentală și o încercare de tip gândire magică, primitivă, de apărare a persoanei iubite prin comportamente de coloratură bizară.

Rezultatele investigației psihologice

Testele de desen: lipsa ancorării în realitate și sentimentul nesiguranței legat de comunicarea autentică în familie. EU cu încercare de a se menține puternic, deși subminat de multiple stresuri atât pe linie maternă, cât și paternă, cele mai importante adânc implantate în structura personalității, fiind petrecute în copilăria timpurie. În prezent, tensionare interioară, neliniște, nesiguranță, lipsa unei căi autentice de manifestare – „dezorganizarea” interioară exprimându-se comportamental prin

iritabilitate, irascibilitate, impulsivitate, excitabilitate și o frustrată anxietate neconștientizată; multiple relații sociale „închise”.

Szondi: pasivitate, personalitate cu prognostic favorabil, simptomatologie histeroidă; aderență nevrotică și fond incestuos. În prim-plan, *factorul p* este singurul element patologic ce poate fi pus în relație directă cu aspectele sexualității, particularizând interpretativitatea în raport direct cu relația maternă.

Luscher: vulnerabilitate la stimuli exteriori, sentimentul nerecompensei, inconstanță, neperseverență, nerăbdare, agitație, egocentrism, distanță afectivă, susceptibilitate – epuizare nervoasă și luptă împotriva fixațiilor neconștientizate.

Concluzia testelor de personalitate : profil adolescentin inhibat, cu fixație maternă – în prezent, asteno-hipobulic-depresiv, consecutiv unei psihotraume majore; elemente de interpretativitate (conștient mascate).

Impresia clinică globală: posibil debut nevrotiform al unei schizofrenii.

CAPITOLUL 7

Eternul masculin – eternul feminin

*Ne deghizăm în arhetipuri
Să ne prefacem că trăim
Oedipienele tertipuri
Și la final – ne rostuim.*

7.1. Genealogia inconștientă

7.1.1. Dragostea ca „funcție psihică” indispensabilă

În ciuda imaginilor individuale despre ceea ce este, a fost sau ar putea fi **dragostea**, aceasta rămâne *un fel de* funcție psihică, de care omul, pur și simplu, are nevoie. Din acest motiv, ea impregnează întreaga sferă psihică, producând o gravitație constantă. Variatele aspecte determină la nivelul a ceea ce numim *psihism colectiv* existența unui erotism de fond, dar și a unei anumite castități.

Ar fi absurd să „clasificăm” dragostea, dar începând cu scriitorii și terminând cu psihologii, oamenii au avut nevoie de „ordine”, de explicații, de „compartimentare didactică” – pornind de la starea sufletească sau pasiunea, în care *totul este abolit în gândirea, inima și simțurile noastre*, și terminând cu latura biologică, ce are drept centru natural de greutate acuplarea însăși. Aspectele complementare ale conceptului traversează întreaga topică a sistemului psihic uman, tot așa cum, din punct de vedere exterior și obiectiv, o interpretăm prin prisma literaturii, apoi pe rând – ca *piatră unghiulară a filozofiei*, ca *metafizică a sexului*, mergând până la aspectele ei *educaționale* și la banalele *condiții igienice și medicale*.

Întâlnim dragostea, ca o prelungire a darwinismului – *viața erotică a omului văzută ca o continuare a instinctelor animalice*. Explicația, în fondul ei ultim și pozitiv, vizează pură finalitate a speciei. Psihanaliza aduce în discuție aceeași tendință, dar cu accentuarea aspectului sublimării. Vorbim de acel element prepersonal și subpersonal, de universul arhetipurilor ce ne întoarce la ancestralitatea primitivă, de inconștientul colectiv, în care acestea sunt o aplicare a mitologiei la viața individuală și a cărui evidențiere se face în sfera imaginativă (reminescențe ale mentalității primitive), fără a omite din discuție inconștientul familial (atunci când, fără să vrei și fără a putea găsi o explicație logică, repeți *povestea de dragoste* – tragică de cele mai multe ori – a cuiva apropiat). Aici sunt sedimentate aspirații pulsionale latente și oprite, cu acțiunea lor generatoare de pericole. Regăsim genealogia, cu misiunea de a recăuta elementele primordiale conținute și transmise, de a releva dorințele refulate.

Din dialectica forțelor obscure se generează patternuri de comunicare emoțională, schimburi, gratificații, recompense, ce vizează atât dimensiunea sexual-afectivă, cât și pe cea spirituală. După Jung, atracția intimă rezultă din satisfacerea mutuală a proiecțiilor complementare de sex-rol, în cadrul unei similarități apriorice. *Animus* sau *anima* – ce completează cadrul conștient în care acel *coupe de foudre* este resimțit irezistibil – trebuie *trăite* pentru a fi înțelese, cei doi reușind să devină **unul**, să se integreze într-o structură unitară, fascinantă, ce transcende cuplul. Vorbim de **dragoste** ca nivel fundamental al inconștientului personal, de aspirații profunde, nevoi ce se substituie în vise, echivalențe nevrotice sau acte ratate care exprimă dialectica din interiorul construcției Eului, deoarece fiecare pulsune poate fi pusă în legătură biunivocă cu un aspect particular din ceea ce *uman* și „*macroscopic*” numim *iubire*. Descoperim oboșiți cum scopul dezvoltării este diferențierea Sinelui prin funcția transcendentă și replierea pentru a deveni mai creativi și revitalizați. Vedem „părțile” raționale și conștientizate ale dragostei – marcate de sublimări evidente, izvorâte dintr-un Eu puternic – și care merg spre allocentrism.

Ajungem la ceea ce Maslow afirma: „*a studia iubirea, a fi capabili s-o învățăm, s-o înțelegem, s-o prognozăm*” – ca relație de schimb prin care cei doi își satisfac trebuințele neutral proiectate – în plan fizic, sentimental și relațional, când securitatea partenerului devine semnificativă ca propria satisfacție. Rămânând pe același teren *umanist*, vorbim de **dragoste** ca de o metamotivație a autoactualizării, „instigată” de împlinirea potențialităților. În sens superior, ea merge cu creșterea tensiunii intrapsihice, scopul fiind *îmbogățirea vieții* spre nou, spre schimbare, spre creștere, dezvoltare și exprimare – **dragostea** ca stadiu de ființare, mod spontan și natural. Sprijinindu-ne pe psihologia abisală ce postulează armonia și unirea contrariilor, la nivel conștient funcționează respectul, admirația și încrederea. Iubirea matură este coevolutivă, caracterizată prin acceptul valorii personale, empatie, grija pentru *celălalt*, atașament, stabilitate și dăruire.

Oricât ar părea de perimat, vorbim de dragoste și la nivelul subconștientului – atunci când *sub diferite sensuri* invocăm *deprinderea de a iubi*. El reprezintă o virtualitate psihică, un rezervor al tuturor acelor gesturi situate pe o scară a voluptății între tandrețe și agresivitate, cu componente automatizate ontogenetic și reminiscențe filogenetice – emoții subliminare, cu trimitere directă la uniunea sexuală, ca scop esențial și, totodată, concluzie a oricărei *experiențe* bazate pe iubire. Lăsând la o parte aura de mister, disponibilitatea pentru climaxul orgasmului poate fi considerată o *deprindere*. În absența acestui „scurtcircuit” psihic cu manifestare concret fiziologică, **dragostea** e ireală, în „depozitul” subconștient de fapte erotice incluzându-se și matricea non-individuală a acuplării.

Sintalitatea cuplului – ca rezolvare a celebrei enigme „*eternul masculin – eternul feminin*”, a fost anticipată cu mult înainte de Platon: „*fiecare ființă poartă în sine o jumătate a întregului doveditor și caută instinctiv și neconținut o frântură ruptă din el însuși*”.

7.1.2. Erotică și sexualitate

Starea de **eros**, conform tipizării taoiste, ia naștere – potențial – din calitatea de YIN și calitatea de YANG. De fapt, dacă pornim din embriogeneza timpurie, *procesul de sexuale* are trepte multiple și nimeni nu este *bărbat* sau *femeie* în valoare absolută.

Androgenia, caracteristică primelor faze de dezvoltare, oprește în stare latentă atributele sexului opus, pentru a servi la desăvârșirea personalității ca entitate. Principiul YIN sau YANG pătrunde ființa lăuntrică, corporalitatea bărbatului și femeii sub forma unui fluid și a unei energii formative elementare. În fiecare individ concret, *esența masculină* și *cea feminină* sunt prezente într-un dozaj diferit, exprimând ceea ce Weininger numea *bărbatul absolut* și *femeia absolută*, **masculinul** și **femininul** în sine, în stare pură, ca idei platoniciene sau arhetipuri.

Această împlinire, când o anumită *treaptă de masculinitate* își regăsește echivalentul în *treapta de feminitate* a altei ființe, în plan fizic poate merge până la fenomene de identificare, dovedind rădăcinile arhaice și brühleriana *participare mistică la actul sexual* – ce poate fi atât de completă în formele de unire extremă, încât celălalt să fie perceput printr-o *proiecție* și să devină atunci un *imago*. Sunt acele momente ale pasiunii, în care, deși toate resursele au fost epuizate în acuplare, cei doi simt *că ar dori mai mult* și, când trupul nu îngăduie, se trăiește acut un fel de tortură spirituală ce merge până la dezasimilarea Eului și alienarea trebuințelor de sine, în favoarea celui de care subiectul este îndrăgostit (după J. Evola, 1994).

Există situații în care celălalt este privit ca un *simbol*, lăsând să se înțeleagă mai mult decât cel în cauză poate cuprinde manifest și eludând posibilitățile de cunoaștere. Atitudinea sesizabilă nu privește partenerul, ci *ideea de partener*, deoarece orice simbol exprimă un fact în *esența lui inconștientă* (M. Minulescu, 1994). Aici regăsim explicația psihologiei abisale, conform căreia *toate femeile iubesc un singur bărbat și toți bărbații iubesc o singură femeie*, în timp ce resortul metafizic rezidă în apriorica polaritate, când *există ceva masculin în femeie și ceva feminin în bărbat, iar atracția irezistibilă se obține adunând contrapărțile și obținând omul absolut*.

Empiric, „*nu existăm decât ca bărbați sau femei*“, dar sexul, dincolo de corpul palpabil, se prelungește în suflet ca *aptitudine* masculină sau feminină primordială ce pătrunde și impregnează întreaga ființă. Întâlnirea în plan *superior* nu implică neapărat simultaneitatea individualităților, deoarece partenerul nu este un „obiect“ imediat accesibil trăirii directe, ci *metafizic* – atât de semnificativ pentru cel ce iubește, încât îi percepe existența cu o extremă dar iluzorie claritate. Pentru a-l putea înțelege pe celălalt, trebuie să existe conștiința valorii personale, acel *a fi capabil de propriul potențial*, deoarece sensul esențial al bucuriei de sine, excluzând dimensiunea narcisică, transcende diferența *Eu-partener* și demonstrează **ființarea** ca proces de devenire prin care individul ajunge la „miezul“ lui adevărat.

Degenerarea comunicării interpersonale corespunde *construirii* exclusive a **măștii**, a aparenței exterioare ce satisface cerințele societății – atunci când *omul* se identifică cu *persona*, afectându-și adevărata fire. Se profilează un tip eminent intelectual, practic și „rafinat“, „autonom“, păstrând puține relații cu nuditatea autentică. În acest context, faptul sexului ajunge secundar și neglijabil, *o anestezie și o slăbiciune primitivistă a vieții*, înlocuit total prin dragostea esențializată moral. A rupe și valoriza din eterogenitatea vieții în doi exclusiv, căsătoria și familia este o amarnică și grav plătită imprudență, deoarece multe din avatarurile relațiilor erotice traduc defecte sau distorsiuni ale acceptării *genderului* sau ale unei neglijente aderări la modelele interioare de rol masculin sau feminin. Incompatibilitatea în sfera intimă susține dihotomizarea față de *animus* sau *anima*, căci A-ȚI CUNOAȘTE partenerul nu poate apărea veridic decât în *experiența directă*.

A ÎNȚELEGE reprezintă chintesența umanului, atunci când cel aflat în suferință crede că celălalt știe și e interesat de ceea ce-i vorbește, împărtășindu-i sentimentele. Barierea majoră în fluxul comunicării nu mai poate fi evitată dacă se cedează în fața tendinței naturale de a judeca, a evalua, a dezaproba raționamentul partenerului. Suverană rămâne relaxarea mecanismelor de apărare, în vederea unei interacțiuni oneste, a unei atmosfere permissive de accept mutual. Conținutul pozitiv al unei relaționări emoționale este consecința feedback-ului senzorial, acea spontaneitate a stimulării erotice, căci, la urma urmei, știind *cum kitsch-ul sexual este la fel de indezirabil ca și kitsch-ul în artă* (J. Evola), ne putem ralia opiniei lui Huxley de a „*lăsa instinctele în pace și ele ne vor face prea puțin rău*”.

7.1.3. Pudoarea – între gând și emoție

Pudoarea are un sens psihologic din care derivă variabilitatea și funcționalitatea sa simbolică. În acest termen general sunt ascunse fixații latente, traume ale micii copilării, ce pot ieși la iveală în momentele cele mai intime ale vieții de cuplu. Mai sunt invocate și așa-zisele explicații general-umane înrădăcinate în substraturile ascunse ale inconștientului colectiv, de unde acționează puternic sub forma unor „condiții” necesare pentru acuplare. De exemplu, conexiunea dintre *dragoste* și *întuneric* nu este doar o temă bine cunoscută a literaturii romantice, ci are inclusiv un substrat existențial multiplu atestat. Chiar dacă este vorba de o simplă aventură, formula tipică și promisiunea pentru *împlinirea erotică* va fi întotdeauna „*o noapte de neuitat*”. Această situație se opune *biologicului*, deoarece sănătatea și normalitatea legate de rezervele energetice superioare ale organismului, de prosperitatea acestuia, s-ar realiza dimineața. Dar motivații arhaice contrazic *necesarul fiziologic*, multe cazuri de tulburări ale dinamicii sexuale fiind relatate în raport cu contactele ce se desfășoară ziua. Gândirea primitivă, cu mituri străvechi, postulează *convingerea* că în zori bărbatul trebuie să se despartă de femeie, idee reluată în tantrism, unde se prescrie „inima nopții” pentru practicile magico-inițiatice – suficiente elemente ce pot fi reținute și aplicate în cazul unei terapii. *Mentalitatea sălbatică* se regăsește în Misterele Eleusiene, unde în locuri neluminate se celebra *unirea sacră* și în ritul dionisiac orgiastic și frenetic (după J. Evola, 1994).

Și dacă, pentru a împiedica anorgasmia, femeile doresc, *mai ales acum*, o atare condiție, aceasta este pentru că în ele acționează *sub formă deformată a pudorii un reflex instinctiv* ce guvernează străfundurile simțurilor și care are o semnificație câtuși de puțin banală, pentru că iubirea stă sub semnul femeii, iar aceasta corespunde aspectului întunecat și subteran al ființei, al vitalului, al cărui „regat” este *întunericul*. Și, de aceea, „*fie ca moartea și dragostea să se facă numai în întuneric...*”

Pudoarea, în forma ei autentică, nu este compatibilă cu aspectele sexualității. Atunci când intervine în acuplare, ea maschează *ceva*. Cum ar fi, în „întâlnirile” ocazionale, atunci când împreunarea este doar un prilej acceptat de comun acord pentru o plăcere mai mare sau mai mică, iar imposibilitatea erecției sau frigiditatea se justifică sub aspectul unei *false pudori*. „Efectul” invocat de cei în cauză este insatisfacția ulterioară corelată cu o stare negativă a depresiei, sentimente similare celor ce apar după provocarea unei detensionări solitare. Utilizarea de comun acord a corpurilor are un scop *autoerotic*, neexistând efectivă fuzionare și comunicare. Fiecare dintre cei doi e afectat de *un fel de impotență*, centrându-se doar pe sine și ignorând

realitatea celui alt, neremarcându-i substanța intimă și subtilă – singura capabilă să alimenteze intensitatea dizolvantă și inițitoare de extaze. Scuzele se pot situa la diferite niveluri. **Virtutea devine demnă de blamare, când este impregnată de orgoliul din care se extrag motive de laudă** (J. Evola). Credința curentă pleacă de la o ură teologică față de sex. În tristețea ce poate merge până la dezgust postcoitus există biblica *doză de păcat a plăcerii*. Se poate să intre, desigur, în joc senzația confuză a unei culpe, nu atât în plan moral-valoric, ci transcendental, echivalând cu faptul că în adâncul conștiinței individului respectiv există o preocupare înspre o oarecare asceză.

În limbaj laic, aceste resentimente trăite în clipele următoare orgasmului se traduc în comportamente prin care, după un act sexual reușit, femeile devin mai tandre, mai afectuoase, mai comunicative și mai „deschise” în a vorbi despre sine, în timp ce bărbații au nevoie de o singurătate aparte, ca un fel de meditație solitară, deși desfășurată în planul recentei apropieri fizice. O parteneră mai puțin avizată în diferențierea nuanțelor de gândire dintre sexe se va simți pustiită, întrebând retoric clasicul: „*Mă mai iubești?*”. Scena descrisă corespunde bine cunoscutei păreri populare, conform căreia aceste „rătăcirii ale minții și sufletului” ce urmează eroticului sunt mai frecvente la bărbați. Se întâmplă rar ca femeia să se simtă deziluzionată și înjosită după un act sexual cu care a fost de acord, căci în dimensiunea psihică ea nu trăiește atât de acut *acea modificare de statut*, când crede că și-a „găsit” partenerul. Clasicul „*femeile sunt de pe Venus, în timp ce bărbații vin de pe Marte*” atinge cote nebănuite – în mod excepțional o femeie este atrasă *să fugă* (și atunci nu putem să nu-i evidențiem potențialul autodestructiv), în timp ce bărbații sunt mult mai des sfâșiati de contradicții neexteriorizate demonstrativ.

Esența metapsihologică a detașării afective involuntar dorită de bărbat, consecutiv ejaculării, pornește de la conștientizarea unui adevăr dureros sieși: **numai în mod greșit se putea concepe ca întreg și suficient în absența femeii**, ajungând să-și descopere incompletitudinea de a fi doar **o jumătate de om** (J. Evola). Acesta este mai ales cazul acelor tineri ce cred că pot poseda oricâte parteneri, din simpla fericire iluzorie de *a cuceri*, amăgindu-se cu impresia că rezistă emoțional oricăror tentații de legare afectivă profundă – seducători „de performanță”, convinși că nu-i ajunge „*ghinionul*” de a se îndrăgosti. Sunt acei subiecți la care impulsul sexual se accentuează la contactul cu prohibitul, cu „răul” sau „păcatul” – deși libidoul este fals disimulat în pudoare – ca o reacție capricioasă de a lupta spre cucerirea interzisului, ca afrodisiac necesar unei transgresiuni în lumea minunată a ubicuității satisfacției infantile. Abandonul în dragoste se asociază cu confuzia unei culpe, cu obscură ambivalență a *erosului* – pe de-o parte, seducția cuplată cu aparența unei beții ce-l face pe individ finit și scindat, lăsându-i doar mirajul autodepășirii, iar pe de alta – există posibilitatea trădării unei vocații mai înalte, datorită caracterului contingent caracteristic mulțumirii instinctelor. Poate fi vorba de o senzație a prejudiciului, pe care însăși *îmboldul* îl reprezintă pentru ființa liberă.

Revenind la funcția simbolică a pudorii, lăsând la o parte caracterul de „mască”, ea rămâne un ingredient al atractivității, ce aparține caracteristicilor terțiare ale sexului. În esență, are conotații erotice și nu etice, dovadă că ea încetează atunci când femeile sunt numai între ele, făcând loc exhibiționismului. Ca adjuvant al *punerii în valoare* se știe cât de des sunt utilizate veșmintele doar pentru a crește efectul excitant prin aluzie la făgăduințele nudității. Montaigne afirma: „**sunt lucruri pe care le ascunzi spre a le arăta mai bine**”.

7.2. Tabuul virginității – tabuul dezvirginării?

Virginitatea constituie unul dintre cele mai mari *tabuuri* ale umanității. Înclinația pentru valorizarea *purității*, a *castității*, a *nevinovăției* și *neprihanei* se întinde de la dimensiunea biblică și religioasă la marota literaților, enigmaticul medicinei și legile nescrise ce reglează *magistral* atracția dintre sexe – în cel mai profund sens al termenului. Un rol aparte revine **timpului** – văzut *aici* și *acum* în viziunea vârstnicilor ce constată deprimant cum „*nu mai sunt vremurile de altădată*”. „Prăpastia” dintre *gândirea* tinerilor și *cea a părinților* se adâncește cu fiecare nouă generație, tot așa cum nu putem face abstracție de **modelul cultural al etniei**. Dincolo de toate acestea, funcționează însă latent dogma conform căreia *prețuirea virginității* nu este la fel de importantă ca *blamarea pierderii* acestei calități imaginare.

Universalitatea concepției populare reprezentată simplist în sfaturi de tipul „*Să nu te dăruiești lui, că-și bate joc de tine și te lasă*” ar putea fi considerată o reminiscență a mitului schopenhaurian ce reglează sexualitatea din perspectiva finalității biologice. La vârste fragede, *idealitatea, aura de frumusețe și seducție* echivalează cucerirea intimității cu chintesența oricărei fericiri. Din păcate însă, acest „geniu al speciei” se pare că-și încetează „funcționalitatea” după acuplare (J. Evola, 1994), ceea ce face ca interesul erotic al bărbatului pentru adolescența novice să scadă, deoarece speranța este undeva în imaginație, proiectată în istorie, sintetic vorbind, o *anticipare* – **dorința** văzută ca o **lipsă** (nu ne putem „confectiona” în reverii diurne decât ceea ce încă nu avem). Îndepărtându-ne de această dinamică a inconștientului colectiv, în real justificările se regăsesc în faptul că la începutul *vieții amoroase*, libidoul nu se identifică în totalitate cu dragostea matură, durabilă și coevolutivă – fetele fiind dominate de sensibilitate, sentimentalism romantic, emoții puternice, uneori devastatoare, în timp ce pentru sexul opus – carnalitatea și senzualitatea sunt în prim-plan. Apar, astfel, nenumăratele cazuri în care „*profețiile*” celor din jur se împlinesc. Atenționările părinților sunt o repetare laică a interdicțiilor divine. Tânăra fată repetă mitul originar al Evei – parțial din curiozitate, parțial din convingerea „*Eu nu pot greși*”. Propria candoare și vitalitate devin un *fetis* ce se concretizează în sentimentul narcisic de a fi *deosebit* („*Eu știu că atâtoră înaintea mea li s-a întâmplat asta, dar eu cu siguranță nu voi fi părăsită*”).

Putem „confectiona” mai multe explicații legate de coborârea vârstei primului raport sexual. Primele și cele „mai la îndemână”, spre a deculpabiliza pierderea voinței în apărarea „redutei”, ar fi cele fiziologice (modificările hormonale apărute sub influența diversilor factori climaterici, în trecut neexistenți). Sigur că această încărcare interioară umorală creează *motivația*, dar dorința se autonomizează în raport cu pulsivitatea pe care o susține, cea din urmă fiind ca un copac în jurul căruia se adună „liana” erotică alcătuită din senzații, reprezentări vizuale și emoții. **Nevoia fuzională** acută la adolescență se colorează în tonalități aparte, dincolo de care întrezărim elementul de intenționalitate ce ne aruncă în spațiul complicat al scopurilor slab conștientizate. Să nu uităm însă contrapartea specifică sexului masculin – **nevoia de autonomie**. După o apropiere sexuală, femeile au tendința să păstreze mai mult intimitatea fizică, în timp ce bărbații resimt necesitatea *desprinderii*, care uneori șochează.

Momentul dezvirginării este încărcat de multiple conflicte afective, nesiguranțe, temeri abia perceptibile și cererea ardentă a unor reasigurări legate de eternitatea trăirilor prezente. Apostrofările rudelor și prietenilor, ce blamează gestul încărcându-l cu ample conotații negative și punitive, nu fac decât să adâncească celei în cauză frica de a fi greșit, dublată de imposibilitatea de a „repara” trecutul. Contextul desprinderii de copilărie devine astfel asociat cu *părerii de rău*, fragilizarea Eu-lui – și așa insuficient conturat spiritual – și neîncrederea în semenii. Părinții se transformă în *adversari*, partenerul – într-un *vinovat* ce a stricat imaginea ideală a mamei sau a tatălui, iar prietenii – în *simple colege* ce nu sunt capabile să ofere un adevărat suport empatic. Multe adolescente cred că începerea vieții sexuale aduce cu sine *maturitatea* și *maturizarea* bruscă, subită, sărind etapele inerente dezvoltării biunivoce afective și intelectuale, dobândind astfel un plus de „curaj” în relațiile interumane, în abordarea autorității familiale, educaționale sau profesionale. Aceasta este doar aparența sub care se ascunde o fire sensibilă, timidă, mascată în vestimentație provocatoare prin care tână **investește** în propriul corp spre a-și învinge complexe. Nu este doar o problemă de imagine, ci mai degrabă o „salvare” a *sinelui*, prin intrarea în **rolul feminității**.

La fel de frecvente sunt situațiile în care pierderea virginității este un act de răzbunare în raport cu cenzura parentală sau a mediului instituționalizat în care adolescența este obligată să-și desfășoare activitatea, cu Supra-Eu-l familial prea rigid sau, din contră, prea permisiv. Ceea ce se cunoaște însă mai puțin este utilizarea sexualității ca o formă deghizată de masochism, când perceperea alăturării trupurilor capătă puterea de a face rău, de a răni, de a fi o modalitate în plus de suferință, alături de comportamentele extravagante de recurgere la țigări, alcool și (de ce nu?) – din ce în ce mai des – la drog. Nimeni nu se întreabă ce este în sufletul fetelor de la marginea drumului, care de fapt au devenit „ produse de consum”, „bunuri colective”, când la nici paisprezece ani deprimarea le este acoperită de machiaj și atitudine sexy. Care sunt oare traumele lor neînțelese când frizează riscul bolilor, al durerii fizice și morale, al adjectivelor de argou cu conținut sexologic, ce devin singura modalitate de valorizare?! Același lucru se întâmplă și cu tinerele care – din capriciu, din disperarea de a nu fi părăsite sau dintr-o greșită interpretare a celui mult visat „*Sunt mare!*” – își încep viața sexuală fără a cupla emoționalitatea. Se pierde astfel „o personalitate” – în înțelesul puternic al termenului, viața celei în cauză urmând a fi călăuzită de ubicuitarul și intens invocatul „*întâmplător*”. Adiacent, apare o disperată tendință de a-și *complica* inutil viitorul, în așteptarea unor fantasmatiche **puncte de echilibru**.

7.3. Comportamentul sexual sub amprenta socială a timpului

Funcția sexuală este integrată organismului în unitatea lui fiziologică, cenzurată de activitatea psihică superioară în conformitate cu libertățile și interdicțiile normate de societate. La om, comportamentul sexual are în plus aspecte etice și estetice. Primele sunt cele legate de norme, libertăți și interdicții față de care cei doi parteneri își asumă responsabilități și obligativități. În decursul civilizației, conduita erotică a evoluat, s-a perfecționat și s-a înnobilit, în cele din urmă ajungând să devină omnipotentă și

omniprezentă, de la magie (rituri de fertilizare și dansuri) și până la politica evocatoare de putere.

Comportamentul sexual a fost modelat și explicat diferit de la o religie la alta. Creștinismul a considerat și a declarat actul sexual ca o *vină* derivată din păcatul original. Un mare scriitor francez afirma că, definindu-l astfel, biserica a făcut enorm pentru dragostea umană, știută fiind înclinația nativă de a nu respecta interdicțiile divinității. Această etichetă a păstrat în jurul iubirii trupești o aură de mister, pudoare și discreție absolut indispensabile frumuseții și trăiniciei sale. Susținând mitul imaculatei concepții (la scară macroscopică – al virginității și castității) ca test suprem de moralitate feminină, postulând supremația Tatălui și Fiului, creștinismul a consolidat societatea de tip andocratic, militând pentru familia monogamă și opunându-se divorțului (*„lăsa-va omul pre tatăl sau și pre mama sa și se va uni cu femeia sa, pentru a fi împreună un singur trup și un singur suflet“*).

Religiile orientale transformă acuplarea într-o prelungire a actului divin creator, un mod de comuniune directă cu sacralitatea, extazul fizic și afectiv devenind sinonim celui mistic. Perfecționând până la detaliu tehnica erotologică, se accentuează beatitudinea corpului și epuizarea posibilităților dispoziționale, armonia spirituală și deplina egalitate a sexelor. Erotica ajunge astfel în domeniul antropologiei fenomenologice. Dacă dorim explicitarea psihosociologică a dihotomiei masculin-feminin, instalarea societății de tip andocratic a impus temeinic mii de ani de inferioritate sub dominația și exploatarea bărbatului: dubla morală pe care comunitatea a adoptat-o diferențiat și părtinitor – toleranța pentru bărbat și intoleranța pentru femeie – cu serioase repercusiuni educaționale.

Este adevărat că există diferențe antropometrice, neurofiziologice sau endocrine, la care se adaugă cele impuse de mediul familial. La sfârșitul secolului XIX, medicul german Miebius, stabilea că greutatea creierului femeii este în medie mai mică decât a bărbatului, dar dacă o luăm în calcul și pe cea relativă (raportată la greutatea corpului) – ea este mai mare. Mobilitatea psihică a femeilor era considerată un defect, până la Montaguie, care, dimpotrivă, o ridică la rang de calitate cu valoare adaptativă. Adler remarcă în „protestul viril” manifestarea specific feminină a dorinței de a depăși etichetarea de „sex slab”.

Actul sexual a fost văzut ca un act ludic, în cadrul căruia există diferențe de conduită între bărbat și femeie. În realitate, pentru aceasta din urmă, deflorarea, sarcina sau nașterea sunt evenimente ce produc modificări psihologice majore. Sensibilitatea legată de climatul afectiv–sexualitate–căsătorie–maternitate, face îndreptățită concepția conform căreia maturizarea emoțională survine mai tardiv comparativ cu cea sexuală, motiv pentru care este recomandabil ca o căsătorie să se întemeieze în momentul în care cei doi parteneri fac dovada cristalizării personalității și a independenței economice. Trebuie să distingem între cuplul conjugal și cel afectiv, pentru că nu întotdeauna societatea umană, familia se întemeiază pe principiul dragostei, al afinității spirituale și sexuale, intervenind interese materiale, financiare sau etnice. Selecția partenerului de cuplu erotic se face pe baza sentimentului de iubire și se va axa pe unicitate, exclusivitate și fidelitate. Marii îndrăgostiți au fost întotdeauna în conflict cu obligațiile sociale sau prejudecățile. **Dorința (eros), prietenia (philos), afecțiunea (agape)** se contopesc într-un puternic atașament sufletească. Nevoia de relaționare spirituală o atrage după sine pe cea de comuniune fizică, de contopire a unuia în celălalt. Dacă pe lângă toate acestea intervine și o

puternică atracție sexuală, se ajunge la pasiune. Dragostea devine completă când include respectul și admirația între parteneri. Erosul poate îngloba sau nu comportamentul sexual. Există iubire platonice extrem de puternică ce în timp nu se diminuează, în vreme ce sexualitatea poate stinge sau, dimpotrivă, aprinde o dragoste platonice.

Dezvoltarea deplină a funcției erotice este deosebit de importantă în interacțiunea conjugală. Aceasta poate fi bazată pe homogamie (similitudine) sau heterogamie (complementaritate). Viața intimă este numai unul din aspectele conviețuirii familiale, în cadrul acesteia legătura dintre parteneri fiind cu mult mai complexă decât pare la prima vedere. Într-un contract conjugal, actul sexual devine datorie, obligativitate ocrotită de lege, a cărei neîndeplinire atrage după sine desfacerea căsătoriei. Coabitarea nu trebuie să devină o închisoare, o îngrădire, ci să permită afirmarea Eu-lui fiecăruia dintre soți. Ideea transpare la Kant, pentru care relația ce amputează specificul personal este echivalentă cu o formă de canibalism.

Soția reprezintă baza afectivității familiale, elementul ei responsabil și muncitor. Paradoxal însă, egalitatea în drepturi cu bărbatul i-a crescut numărul îndatoririlor față de soț, copii și societate. Zilele și nopțile capătă uneori alte dimensiuni. *Mult visata femeie a prezentului* se dorește a fi o bună profesionistă, o bună mamă, nevastă și gospodină, o bună fiica sau soră și, în același timp, un cetățean de onoare. Nu are dreptul să fie obosită sau nemulțumită. De multe ori, frigiditatea ei nu prezintă nici o importanță pentru partener, ce se consideră cu inocență „total nevinovat”.

De fapt, procesul realizării personalității emoționale și erotice a fiecăruia reprezintă o dinamică, o transformare, o trecere de la un stadiu infantil spre cel adult, acțiune determinată de anumite cauze și soldată cu anumite efecte ce caracterizează fundamental comportamentul sexual în ansamblul personalității socio-umane.

CAPITOLUL 8

Tulburările de dinamică sexuală

*„De pe stamine de alun,
Din plopilor albi se cerne jarul.
Orice-nceput se vrea fecund,
Risipei se dedă florarul“.*
(L. Blaga)

8.1. Un *memento* la întâlnirea cu sexologia

Uneori, pare iluzoriu ca în lumea secolului XXI, în care *sexul* și *sexualitatea* au devenit cuvinte „*mondene*”, cineva să poată *spune* ceva nou despre ceea ce generic numim **comportament erotic** și, mai ales, să reușească să răspundă cu succes *dorințelor, așteptărilor* și (de ce să nu spunem?) *standardelor* adolescenților din ziua de azi, care au impresia, uneori și convingerea, că *știu* și *experimentează totul*.

Originalitatea ar trebui să constea în **deculpabilizarea** tânărului în raport cu **trăirea propriilor pulsioni**, în **readucerea în normalitate** a jocurilor erotice sau a anumitor aspecte ale acuplării mult „blamate”, interpretate pe nedrept ca patologice. Unele dintre așa-zisele perversiuni sunt doar *fantasme* utile unui libido imperios – soluții „de moment” de neacuzat până la deplina maturizare psiho-fiziologică. La fel și „tenebroasele” și mult temutele *boli* ar trebui debarasate de *aura rușinii*, generalizându-se ideea de *posibil, întâmplător, trecător, banal* – față de care eficiente recomandări practice sunt mai de folos decât clasică „morală”, dublată de frica socializată în raport cu „*a mărturisi*”. O altă contribuție importantă, cu un real beneficiu în *imaginea psihică* a fiecărui Eu este dărâmarea *miturilor* și a *nevoii de record*. Astfel, anatomia genitală feminină și masculină este ceva „relativ”, în sumedenia variantelor existente fiecare putându-se regăsi undeva, realizând că oricărui tip constituțional particular îi sunt asociate anumite modalități de **a dărui** și **a obține plăcere afectivă și erotică**.

Concepte precum *orgasmul, masturbarea, frigiditatea* sau *ejacularea precoce, actul sexual în perioada menstruației, fetișismul, voyeurismul* – au actualmente o conotație ce subliniază **limitele largi ale normalului**, precum și doza de „necesar”. Problematika dezvirginării devine *firească*, mai ales dacă nu se uită că o mare parte din realele tulburări ginecologice au un puternic substrat emoțional.

Un loc aparte trebuie acordat transformărilor somatice și mentalității perioadei considerate – până nu demult – „*de declin*” a „*elanului*” *sexual*, vârstă la care dramele sunt pe nedrept minimalizate – atât de doctori, cât și de partenerii de viață, de copii, de prieteni, ce uită că o dată cu trecerea timpului „*iubirea nu moare, ci se îmbogățește cu noi sensuri*” (Iolanda Mitrofan). Este greșită concepția populară conform căreia viața sexuală încetează la menopauză sau andropauză, căci „*libidoul nu are vârstă*”, fiind

„motorul“ dragostei mature. *Pubertatea, adolescența, sarcina, nașterea, menopauza, andropauza* – cu *tiparele psihologice adiacente* și perturbările sufletești inerente postulează *trăirea, importanța satisfacției afective* ca markerul cel mai obiectiv al „funcționării“ somaticului.

8.2. Matrice interpretativă metapsihologică

8.2.1. Metamorfoza fetiș – antifetiș

Există autori ce încearcă explicitarea tulburărilor de dinamică sexuală interpretând tot ce poate fi considerat **fetiș**, deoarece, așa cum afirma Magnus Hirschfeld în „L'âme et l'amour", cuvântul ar putea fi considerat sinonim cu acela de „excitare", mai ales că acțiunea lui se poate întinde de la nivel vizual, auditiv, gustativ, tactil și până la cuprinderea sferei afectivității în ansamblu. Termenul a fost introdus pentru prima dată în înțelegerea simpatiilor, antipatiilor sau motivațiilor ascunse, jucând un rol deosebit în întreaga sexualitate, mai ales în relația cu stările emoționale. Mirosul are rol în magnetismul fizic – de la suportul fiziologic dat de apropierea în paleocortex a celor doi centri și până la metaforica „intoxicație fluidică“ a îndrăgostiților. Starea de spirit a celui în cauză îi impregnează nu numai trupul, ci și vestimentația, fapt cunoscut din ritualurile popoarelor primitive, ale căror reminiscesc sunt păstrarea obiectelor ființei iubite – ca certitudine a menținerii legăturii și fidelității. Chiar la nivelul acuplării concrete, tehnici ale artei sexuale vorbesc de importanța sensibilității olfactive.

În intimitatea vieții de cuplu, orice poate căpăta caracter de fetiș, „lucrând“ la nivelul subconștientului și putând să transporte afecte uitate. Operarea cvasiliberă în aparatul psihic îi permite ușor să devină substitutul unei investiții amoroase sau chiar să ajungă unicul mijloc de satisfacție a libidoului. Simbolistica latentă se impune – fapt susținut de afirmațiile subiecților ce povestesc cum, la primul raport în care s-au confruntat cu tulburarea, au simțit „ceva“ în ființa partenerului ce s-a transformat în **antifetiș**, la întâlnirea căruia dorința puternică s-a stins determinând imposibilitatea contactului. Este vorba de un inductor al mecanismelor combinatorii inconștiente, ce scoate la iveală motive uitate, atingând acel tonus bazal al psihismului, în care sunt depozitate evenimente afectogene ale copilăriei sau traume ulterioare, din perspectiva cărora TDS -ul nu este decât consecința unui reflex inhibitor.

Datorită noii legături stabilite între trauma latentă și antifetiș, un eveniment analog poate interveni în orice experiență de *trăire intensă*, când, datorită emoției suscitată și bulversărilor interioare, relația se stabilește în mod invers: amintirile devin „flotante“ și, prin asociații aleatoare, oricând pot regăsi un antifetiș capabil să provoace TDS. Acesta poate fi un semn discret – un simplu gest, cuvânt, zâmbet sau imagine a celui (cele) iubit(e), o poziție particulară adoptată întâmplător, accelerarea bătailor inimii sau oprirea involuntară a respirației – scenă ce poate apărea tranzitoriu, dar cu grave repercusiuni – la începutul acuplării sau în momentul de vârf al copulației.

În impulsul primordial al unirii sexuale trebuie să acceptăm, ca pe o realitate proprie, tendința spre *plăcere*. În cea mai mare parte a cazurilor, individul – indiferent dacă are sau nu „în spate“ experiențe sexuale reușite – caută să **pre-simț**ă fericirea

asociată atracției, prefigurându-și comportamentele adiacente orgasmului, situate la limita perceptibilului (după J. Evola, 1994). Cu cât drama unei TDS apasă mai tare, cu atât crește contrainvestirea în aceste reverii ce asigură o pseudomulțumire, în locul plenitudinii actului sexual normal, accentuându-se disocierea planului spiritual de cel fizic și reducând *înțelesurile* profunde ale acuplării la o anodină stare de „bine”, limitând coitul – ca funcție a erotismului – la un fel de stupefiant necesar spre a ascunde în adâncuri abisale amintirile exteriorizate prin TDS. Afluxul de excitații declanșat de rememorări determină *refularea evenimentului primar*, ce lasă un semnificativ ecou în planul reprezentărilor sexuale. Acești subiecți sunt copleșiți de pasivitate, subordonare de tip feminist și elemente inversive, alegeri ireale în concordanță cu o viață tensionată reprimată fantasmatic. În nevoia de tandrețe fizică și senzuală se întrezărește o imaturitate de fond, cu riscul recăderii la punctele fixațiilor infantile, confirmând ideea lui Ferenczi, în virtutea căreia „*sexualitatea adultă*” („*limbajul pasiunii*”) violează „*lumea infantilă*” („*limbajul tandreții*”).

În orice viitoare relație posibilă, cel în cauză, disperat și atent, studiază aspectele particulare în care ar putea întrezări un posibil fetiș, de care „se agață” ca de singurul element capabil să inducă și să mențină interesul erotic. Se amăgește, astfel, cu ideea *marii pasiuni*, când, de fapt, **fetișul este tratat ca persoană** (J. Evola), în timp ce intensitatea *trăirii* se centrează asupra laturii superficiale, în al cărui sinonim se erijează *ființa* – ca întâmplător „exponent” al idolatrizării.

Atunci când fetișul își diminuează din „puteri”, apar drept corespondente conștiente sentimentul indefinirii și surprinderea a tot ce este deziluzionant și înșelător în celălalt. De fapt, exact aceasta este dimensiunea pe care el funcționează: pentru a se împiedica scăderea imboldului sexual, trebuie să existe un permanent obstacol în calea *identificării fetișizante absolute*, căci în orice moment *ceva poate deveni antifetiș*. „Distanța” psihologică este factorul providențial pentru menținerea unei tensiuni metafizice, când inaccesibilitatea ființei dorite asigură evitarea deziluziei. Este de fapt o *apărare* pe care și-o găsesc aceste persoane, alegându-și un(o) partener(ă) cu care să existe din start o cauză obiectivă pentru imposibilitatea contactului sexual. Acest *Eros der Ferne al inaccesibilității* îl „scutește” pe cel în cauză de teama apariției antifetișului, căci situându-ne în filozofia lui Blaga „*Târziu întrezărim prin doruri/Latente-n pulberi aurii/ Păduri ce-ar fi putut să fie/ Și niciodată nu vor fi....*”

8.2.2. Ideea „unicului partener” – explicații transgenetice

Considerând că dragostea se întinde din rădăcinile adânci ale inconștientului și până la conștiința propriei valori – dragostea văzută ca potențial de maturizare în cadrul diadei, când se transcende condiția de „*unu*”, precum și frenezia aceluia „ *aici și acum*” – putem interpreta **tulburările de dinamică sexuală** ca perturbări metaforice ale „metabolismului iubirii”, ce intercondiționează cu lanțurile fiziologice și psihologice la mai multe niveluri. Există o „explicabilitate” individuală, în care dinamica psihotraumelor personale are răsunset în îndepărtatul *inconștient personal și colectiv*, în interacțiunea acelor mituri originare schopenhauriene, în arhetipurile jungiene – viziune care, deși filozofică, își demonstrează valoarea „instigativă” asupra libidoului.

Contrapartea vizibilă a complexului nevrotogen este „obiectivismul” celui în cauză în raport cu propria *problemă* – resimțită cu acel fler cu care „fiecare este pentru sine *cel mai bun doctor*”. Ulterior, totul se exprimă în „patologia” comunicării interpersonale, când cuplul capătă caracter de sistem și afectarea unei „verigi” induce disfuncționalitatea celorlalte dimensiuni.

Ambilateralitatea sistemului psihic uman – ce rezidă în stabilirea comunicărilor atât cu „interiorul” ființei, cât și cu „exteriorul” – influențează decisiv modul în care cauzalitatea autentică a tulburării sexualității este încorsetată în substituții inconștiente. Ne vom referi, momentan, cu precădere la acele situații în care tulburarea de dinamică sexuală a apărut în urma *pierderii* unui anumit partener determinat. În aceste cazuri, **simptomul** reprezintă particularizarea exterioară a *nevoii de pedeapsă inconștientă* pentru ceea ce individul în cauză **nu acceptă și nu înțelege** ca fiind *vinovăția sa* în constelația de motive pentru care *a fost părăsit*. Interpretarea TDS-ului ca „variantă” de autopedeapsă este susținută de visele cu conținut castrator. Prin lanțuri asociative, mai mult sau mai puțin explicite, se poate merge mai departe, simptomul putând fi văzut ca un substitut al suicidului (atunci când omori o parte din tine, acea parte cu valoare de transcendere a propriei ființe și a ființării limitate).

Aproape invariabil regăsită în cadrul acestor adevărate *drame* este **ideea celui alt** (J. Evola, 1994), ce se constituie pe de-o parte prin *vâscozitatea libidoului* (afectul legându-se strâns de reprezentarea acestui partener) și pe de alta, prin faptul că înclinația erotică se face pentru tot ceea ce **este** celălalt, dincolo de faptul că aparține sexului opus. În plan conștient apare credința în „dragostea unică” sau convingerea că poți iubi și poți fi iubit de o singură femeie (bărbat) – acel singur partener determinat, capabil a produce „pasiunea fatală”, niciodată fericită, căci există o forță ce trece dincolo de individ. Idealizarea este originea iluziei că iubim pentru una sau alta din ansamblul calităților celui alt, când, de fapt, lucrul cu adevărat iubit și care leagă este **ființa**, ființa nudă. Este de înțeles atunci cum *patima*, dacă nu este împărtășită, se transformă în ură.

Întotdeauna, atât în virtutea explicației biologice a finalității speciei, cât și a celei psihanalitice a *principiului hedonic* și a dorinței de posedare, *marea și adevărata* dragoste este aceea în care nu este iubită o femeie, ci femeia, nu un bărbat, ci bărbatul. În criza acuplării ființa își pierde individualitatea, în asemenea momente *specia* înlocuind *individul* (J. Evola). Cu toate că formularea are nucleu instinctual, amintind de animalitate, ea conține intricată ideea insubstituibilității partenerului, certitudinea că în pereche se găsește viața însăși, în sens superior. Odată pierdut ceea ce fiecare numește „partener autentic”, dispare legătura fizică la nivel profund, chiar dacă în noul partener cel în cauză regăsește factori cu afinitate caracterială, explicând de ce tensiunea sexuală (inconștientă) față de un partener pierdut rămâne, inclusiv când complementul conștient poate fi disprețul.

Factorul ce dezvăluie intensitatea **fixației** adiacente trăirii accidentale a eșecului în plan intim explică de ce dorința refulată se menține neatinsă, crescută, exteriorizându-se în reverii cu puternică încărcătură pulsională și atracție erotică față de ceea ce inconștientul său numește acum „*unicul obiect de satisfacție libidinală*” – în ciuda evidentelor dificultăți reiterate cu fiecare nou(ă) partener(ă). Dincolo de ideea lui Freud, conform căreia *vâscozitatea psihică* este un „*număr prim*” și „*element neanalizabil*” – imposibil de modificat, rămâne matricea metapsihologică, în care afirmații de genul „*nu pot trăi fără tine*” nu sunt banale, reapărând transgenetic într-un

ciclu de rituri, integrându-se în legende ce îmbrățișează tradiții îndepărtate în timp și spațiu. În virtutea nevoii de siguranță și previzibil, în iubirea unică – chiar dacă rațiunea întrevide caracterul efemer – se anticipează **securitatea psihică**, indispensabilă clipelor de sublim fizic. **În virtutea ei, omul are dreptul de a crede mai mult !**

În subconștientul fiecăruia există tipuri posibile de iubire, ce se actualizează treptat și sunt conștientizate total în concordanță cu nivelurile aspiraționale ale vârstei. De la *epitumia* la *storge*, de la *eros* la *agape* se trece ușor, vitalizându-se această schemă, în funcție de complexul motivațional al personalității în devenire. Funcționează o paradigmă latentă, construită încă din copilărie, când prin simbolistica jocului se prefigurează *trebuințe* în raport cu ceea ce **ar trebui să fie** sau **ar putea fi** principiul masculin sau feminin similar. În structuri ce operează subconștient, posibili parteneri – *erotic* sau *ludic*, *pragmatic* sau *agapic* – funcționează pe rând ca *predicat*, *atribut* sau *complement* al vieții psihice individuale.

8.3. Impotența psihogenă

8.3.1. De la fiziologie la sensibilitate.

Actul sexual reușit – criteriu al orgoliului masculin

Comportamentul sexual uman poate fi descris din perspectivă diacronică sau sincronică, în funcție de sex sau vârstă, ceea ce probează încă o dată caracterul său dinamic, evolutiv (sau, în unele situații perturbatorii – involutiv). Cercetările au demonstrat că orice activitate sexuală presupune o fază emoțională, una apetitivă și alta consumativă. Cea de mijloc poate persista chiar și după degenerarea fiziologică a organismului o dată cu trecerea anilor. Tulburările de dinamică sexuală se pot instala la oricare dintre aceste niveluri, factorul psihologic fiind considerat liantul între etiologic și etic.

Scăderea tensiunii ergice a sistemului nervos central ca urmare a stresului, a oboselii, a unor maladii organice, a dizarmoniilor familiale sau profesionale, a anxietății, a nesiguranței sau a responsabilităților exagerate în plan social pot genera dificultăți în viața intimă. Acestea se pot instala și ca urmare a unor tulburări în ritmul obișnuit al cuplului (abstenența, distanța prea mare între contactele sexuale, unele pasagere perversiuni, abuzuri, consum exagerat de alcool, droguri). Pentru bărbat, aceste incidente îmbracă forme mult mai dramatice. Generează complexe de inferioritate, în cazuri ce frizează psihiatria putându-se ajunge la crime sau sinucideri, invocat fiind *orgoliul masculin*. Tulburarea de dinamică sexuală masculină este vizibilă, observabilă, imposibil de ținut secretă față de parteneră și, prin aceasta, oricând posibil a deveni publică. Individul se simte vulnerabil în fața societății, temându-se de judecata acesteia și de faptul că criteriul sexual ar putea fi singurul mijloc de valorizare. Apare timiditatea, angoasa – atât în relațiile cu femeile cât și cu bărbații, la serviciu sau în viața extraprofesională, din teama de a nu se trăda printr-un cuvânt sau gest, astfel încât propria durere să devină obiect de comentariu, atrăgând după sine pierderea respectului și a autorității.

Într-o situație similară, deși femeia se consumă puternic în interiorul propriu, subiectiv, ea poate minți și poate mima orgasmul. Chiar dacă bănuiește ceva, din comoditate, bărbatul acceptă afirmațiile liniștitoare ale partenerei, cu atât mai mult cu cât frigiditatea nu antrenează perturbări în sfera maternității. Din contra, fericirea venirii pe lume a bebelușului constituie pentru femeie refugiul din fața oricăror nemulțumiri de ordin emoțional sau profesional, simțindu-se pe deplin recompensată prin bucuria de a naște și a crește un copil.

Pe măsura înaintării în vârstă, procentul de frigide scade și crește simțitor numărul femeilor cu orgasm (mai ales după 30 de ani). Consecutiv acestui palier însă, la bărbați crește incidența impotenței, ceea ce va avea ca urmare scăderea numărului mediu de contacte sexuale pe săptămână. Aceștia fac greșeala de a pune accentul pe performanțele cantitative, în dauna celor calitative, care cer o bună cunoaștere a anatomiei și psihologiei feminine, precum și a tehnicilor erotice. Majoritatea biografiilor sexuale masculine sunt punctate de eșecuri sporadice ale acuplării. De la aceste mici „accidente” până la instalarea unei veritabile tulburări a dinamicii sexuale, un rol deosebit îl are distanța dintre natura și cultura individului. Atunci când firea celui în cauză este dominată de sensibilitate, pot interveni numeroase principii etice cu rol de cenzură, împiedicându-l să se lase pradă voluptății umane, motiv pentru care la persoanele deosebit de evolute din punct de vedere afectiv și spiritual este posibilă o fragilizare a mecanismelor neuropsihice, pe care tulburarea de dinamică sexuală se poate instala cu ușurință. Este bine cunoscut acel cerc vicios în care un eșec îl pregătește pe altul, riscându-se ireversibilitatea fenomenului.

Cele mai frecvente perturbări, chiar subevaluate din punct de vedere clinic, sunt incapacitatea erecției, respectiv anorgasmia. În aceste realități psihofiziologice un rol major îl au reprezentarea, imaginația și gândirea. Pentru bărbat, această tulburare de dinamică sexuală apare atunci când, deși există o puternică dorință și necesitate sexuală, erecția nu se produce. Un astfel de individ ar trebui să realizeze că satisfacerea soției ține de capacitatea lui de a iubi, care nu reprezintă, în nici un caz, un indice al „masculinității”. Este greșită concepția conform căreia *succesul ține strict de erecție*. Plăcerea femeii este un proces mai complex ce se realizează pe mai multe planuri, în care, în contextul interacțiunii de cuplu, potența sexuală devine doar o adaptare a bărbatului la cele mai intime momente ale contactului cu partenera.

Din punct de vedere al bărbatului, erecția este cea mai importantă, deoarece **nu** poate fi dirijată voluntar și conștient. Femeile însă își centrează atenția pe perioada fantasmelor imaginative anticipatorii. Cu toate acestea, pentru sexul masculin, erecția rămâne, mai mult sau mai puțin inconștient, *un criteriu al demnității*. În cazul bărbatului, căruia întâmplător nu i-a reușit actul sexual (deoarece din motive oarecare nu s-a produs erecția), se perpetuează un comportament greșit ce tinde să se accentueze. La următoarea întâlnire, de apropiere a trupurilor, complementar cu dorința, se naște bănuiala legată de repetabilitatea eșecului. Dubiile determină reprezentarea mentală a noului insucces posibil. Acestea cresc atingând punctul critic la intromisiune. Subiectul devine centrat pe temerile de nereușită și nu pe dragostea pentru parteneră – ceea ce îi slăbește erecția. Devine, astfel, dintr-o persoană ce dorea să-și ofere dragostea, un „orgolios” angajat într-o competiție ce trebuie cu orice preț câștigată.

Unicul comportament îndreptăţit în astfel de cazuri ar fi fost *un maximum de sensibilitate*, dar care nu-i reuşeşte din cauza unor credinţe disfuncţionale negative, cu valoare de mecanism nevrotogen. Triumfă frica de ruşine şi bănuiala că prietena îşi va aminti *fosta relaţie* în care „lucrurile mergeau bine”. Este indusă ideea unui „**trebuie**” **cu orice preţ**, dar, influenţat fiind de teama repetabilităţii eşecului, transmite subconştientului această formă a neputinţei, făcând imposibile următoarele experienţe sexuale. O participare negativă poate avea şi partenera care, în loc să mimeze că nu a observat fenomenul, reproşează lipsa de potenţă, producându-i prin sugestionare o şi mai puternică inhibiţie. De obicei, aceste tulburări dispar în momentul în care bărbatul ştie că din motive exterioare este imposibilă efectuarea actului sexual.

Ideal ar fi ca cel în cauză să-şi privească soţia (prietena) ca pe *fiinţa iubită*, omiţând sfera instinctualităţii şi ideea că aceasta aşteaptă în permanenţă *ceva*. Trebuie să înveţe să simtă emoţia îmbrăţişărilor şi a apropiierilor intime, pe care să le încarce cu sentimentul mulţumirii, mai mult decât erecţia însăşi, deoarece „*acuplarea este numai un act, o scenă, un tablou dintr-o dramă, dintr-o comedie, sau simplu poem*”.

Încercând să aducem câteva **precizări psihologice** dimensiunii medicale a problematicei *sexului oral*, pe acest tărâm „fragil” este într-adevăr dificilă munca de a *defini* şi *explicita*. *Sensibilitatea* şi *receptivitatea generală* apriorică variază de la individ la individ, în funcţie de propria sa maturizare erotico-sexuală, „*a avea* (sau *a face*) *sex*” putându-se întinde de la a fi sinonim cu simpla *intromisiune vaginală*, fără a conta finalizarea raportului şi până la a *atinge orgasmul*, indiferent de maniera directă sau strict imaginativă.

Sexul oral trebuie analizat oarecum în afara ideii de *perversiune*, deoarece concepţia modernă este aceea că *nimic din ce constituie plăcere liber consimţită în intimitatea dintre un bărbat şi o femeie nu poate fi de acuzat*, pierzându-şi din nota peiorativă în virtutea existenţei unui mare număr de indivizi ce-şi recunosc dorinţa de posedare completă a partenerului(ei). Singura întrebare ce rămâne validă este „*Unde se termină normalitatea?*”. Răspunsul se îndreaptă spre aria extremelor, atunci când această modalitate devine dominantă sau obsesivă, în detrimentul sentimentului de la care s-a plecat – acela de cunoaştere globală a celuilalt. Atunci când satisfacerea orală devine predominantă în comportamentul sexual al unui individ, putem să clasificăm conduita în cauză ca frizând patologicul.

Încercând să analizăm fantasmelor ce îndreptăţesc *doza de „necesar”*, remarcăm o vastă simbolică justificatoare – pornind de la fixaţii infantile originare în stadiul respectiv al dezvoltării libidinale, la agresivitate latentă asociată tentaţiei de a muşca (pulsii regrese) şi până la *sexul oral* ca marcă a „*rafinamentului*” în stăpânirea artei erotice. Acesta este şi motivul pentru care există oameni cărora *cenzura* unui rigid Supra-Eu nu le-ar permite nici măcar reprezentarea mentală a unei asemenea scene. Alţii asimilează practicarea lui cu **marea dragoste**, considerându-l „piatra de încercare” în demonstrarea iubirii unice cu rădăcini absolutiste. Întâlnim, de asemenea, indivizi ce aderă la noţiunea de „*partener total*”, care ar recurge la această „*tehnică*” pentru a-şi demonstra „*valenţele superioare*”, acel „a fi deosebit performanţial în planul intimităţii de cuplu”, remarcă ce i-ar conferi senzaţia de *control omnipotent* al relaţiei. În înţelesul laic al termenului, „sexul oral” este asociat cu acel quantum de tandreţe

suplimentară necesară atingerii unei nivel superior al excitației, deoarece în arsenalul de gesturi ce transcend acuplarea obișnuită, forța trăirii, a implicării afective este **întotdeauna mai mare**.

Din perspectiva unei anamneze medicale, ceea ce rămâne relevant este *prezența* sau *absența detensionării interioare* – ca final expectat al oricărei „forme” de „a avea sex”. Ne interesează, de asemenea, dacă sexul oral reprezintă pentru cel în cauză o tentativă din multitudinea unor „experimente” sau, dacă nu cumva, este folosit pentru „construirea” suflotească a unei pseudofidelității, atunci când se recurge la relații extra-conjugale. Aspectul devine important întrucât – în acest al doilea caz nu este vorba de o eliberare psihică autentică (ci doar cel mult de una exclusiv fizică), atâta timp cât în natura umană este încrustată întotdeauna *speranța de a cuceri interzisul*.

8.3.2. Satisfacția în plan intim – traductor fidel al iubirii perene

Plaja cauzelor ce generează tulburări ale dinamicii sexuale este variată, dar, în final, baza o constituie comunicarea afectată dintre parteneri, asociată cu comportamente false, ale căror origini sunt, cu siguranță, în traumele de relaționare cu figurile ce au marcat educația în copilărie. Unul dintre aspectele minim cunoscute – în sensul de mai puțin „discutat” și „mediatizat” – este **lipsa sentimentului satisfacției**, absența senzației de plăcere, pe care orice act sexual *reușit* ar trebui să-l inducă, deoarece, atunci când cei doi parteneri „se potrivesc” din punct de vedere fizic și emoțional, apropierea intimă este total diferită de imaginea unei *scene cheltuitoare de energie*, ci corespunde unui schimb de mesaje afectogene al căror scop este revigorarea trupurilor și sufletelor și încărcarea lor cu noi sensuri empatiche.

Această tulburare se asociază cu dispoziție proastă, irascibilitate sau depresie. În subconștient sunt adânc întețite vinovăția și antipatia față de partener(ă), precum și o atitudine greșită raportată la sexualitate, căci, după cum am mai spus, chiar în condiții de oboseală anterioară, actul sexual finalizat și dublat de sincronizarea partenerilor reduce tensiunea intrapsihică. Specialiștii de formație predominant *organică* sunt tentați să caute explicația în defectele de recuperare din perioada refractară (momentele imediat următoare acuplării) – timp ce îmbracă durate variate în funcție de vârstă și în care, în mod firesc, este „refuzată” repetarea coitului. Reacțiile interioare normale întâlnite în aceste clipe se întind pe o largă paletă de la *dezgust moral* față de celălalt și până la *elanul exagerat* – când predomină *tandrețea și recunoștința*. Când se prelungește perioada refractară somatică, impulsul sexual și dorința sunt conservate, numai că excitația se produce foarte lent, datorită echilibrului nervos nerecuperat. Faptul este remarcat în principal la indivizii neurastenici, al căror caracter principal este fatigabilitatea. Corelat, apare frica de un nou act sexual și o hipotonie generală însoțită de o violentă depresie, fără un caracter prea bine definit, o tristețe profundă și necontrolată față de ideea de **cuplu**. Dacă partenera „forțează nota” din concepția nefondată *de a menține un anumit număr de contacte pe săptămână, de a nu avea „eșecuri” ale vieții în doi*, atât virilitatea, cât și autentica dragoste se diminuează progresiv.

Din păcate, cuplurile în care există astfel de probleme le conștientizează destul de târziu, o dată cu apariția impotenței sau frigidității secundare. O influență negativă o pot avea părinții, care își țin prea mult *băiatul* legat de ei. Situația este similară și frecvent întâlnită la ambele sexe. Un bărbat *prea insistent* substituie femeii plăcerea prin percepția unei agresiuni, urmată de spaima de a fi folosită. Putem întrezări traumatisme ce constau în permanenta angoasă rezultată dintr-o doctrină religioasă strictă – pedepse aspre pentru gesturi banale (masturbarea din anii copilăriei), care nu atestau decât nevoia micuțului de a-și testa „buna funcționare a organismului”. Mai târziu, în viață, rămâne doar gândirea că raporturile sexuale trebuie să aibă ca singur scop – procrearea. Alteori, este extrem de puternică teama de a nu-i produce partenerei o durere intensă. Se poate întâmpla ca femeia să fi avut anterior alte relații, iar cel în cauză nu o poate ierta, motiv pentru care inconștient refuză – prin absența posibilității de a trăi plenar bucuria experiențelor intime – să intre în competiție directă cu *foștii adversari imaginari*. Aceasta, alături de situația în care își prinde partenera în flagrant delict de adulter, este o cauză frustrantă ce poate merge la bărbat până la absența ejaculării. Există cazuri paradoxale în care, dacă femeia trăiește multiple orgasme, bărbatul, în loc să fie mulțumit, datorită unei neîncrederi în propria persoană – analizată în valoare absolută, o judecă aspru pentru „*mai vechile cunoștințe în arta erotică*”. În mintea soților geloși, funcționează anumite „mituri” ce afectează în sens neplăcut atât planul fizic direct, cât și iubirea profundă – „*cel dinainte era, cu siguranță, mai bun la pat*”, „*soția este interesată strict de performanțele cantitative ale sexualității și este într-o permanentă căutare de noi recorduri*”, precum și alte „axiome” perpetuate din aceeași arie a *standardelor anatomice „visate” de femei*.

Corolar, astfel de bărbați sunt călăuziți de intenționalitate și se poziționează în evenimente „confectionate” care să le „dicteze” erecția, dar, după cum era de așteptat, planificarea conține condiții ce conduc la imposibilitatea efectuării. Ei încep să se simtă constrânși, obligați la o anumită „normă” ce tinde să înlocuiască fluxul firesc al realității de cuplu. Ei vor trebui să rupă cercul vicios ce-i stăpânește, oferindu-le partenerelor certitudinea că un eșec trecător nu afectează adevărata comunicare ce rezultă dintr-o dragoste autentică și matură. De cele mai multe ori, tulburările de dinamică sexuală pornesc din **inhibiție**, în sensul că unele manifestări ale subconștientului pot determina întreruperea reflexelor normale ce intervin în desfășurarea coitului. Șocul emoțional accidental poate prelungi inhibiția, atunci când partea ascunsă a „creierului” este alimentată cu ideea obsesivă a neputinței, aici aflându-se simbolul codificat de răspuns pentru fiecare imagine ce generează și întreține cercul vicios.

Un argument al mecanismelor psihice cu valoare „castratoare” este *menținerea plăcerii resimțite în vis*, deși cu un caracter extatic și mai atotpătrunzător decât cea legată de actul fizic (J. Evola, 1994). Când se atinge o anumită treaptă a intensității, se întrerupe și atunci intervine trezirea. Faptul în sine susține existența unor puncte de fixație, în virtutea cărora obișnuita corelare dintre plăcere și actul fiziologic nu suportă puterea cenzurii conștiente.

Este cunoscută imposibilitatea atingerii orgasmului, la ambele sexe, atunci când acuplarea se limitează la utilizarea de comun acord a corpurilor. În acest caz, scopul este autoerotic, căci pentru satisfacerea individuală nu există efectivă fuzionare și fiecare dintre cei doi este afectat de un soi de impotență; se gândește doar la sine, ignorând realitatea celeilalte ființe, neajungând la acel contact cu substanța intimă și subtilă, singura capabilă să alimenteze intensitatea dizolvantă și inițiatore de extaz.

8.4. Frigiditatea

8.4.1. Între *suferință* și „*datorie*“...

Pentru aceste femei, afinitățile ideale, devotamentul, afecțiunea și spiritul de sacrificiu rămân doar ALTCEVA sau CEVA INCOMPLET, în timp ce actul sexual în sine devine rutinier.

Cauzele posibile se pot situa la mai multe niveluri începând cu inconștientul personal, cu reminiscențele traumelor suferite în familia de origine și terminând cu „patologia” specifică a comunicărilor în cuplu. Există multiple „nuanțe” a ceea ce sexologii numesc generic „frigiditate”. Cea totală ar fi sinonimă cu anestezia sexuală absolută, lucru întâlnit extrem de rar în realitate. Mai frecventă este însă anorgasmia (când se produce acel crescendo generat de suma excitațiilor psihice și fizice, fără a se atinge momentul culminant al orgasmului). Absența detensionării psihice se asociază cu frustrare, sentimentul „neîmplinirii”, dezamăgire, dispoziții depresive pasagere, a căror cauză nu este decât vag conștientizată, iar lipsa relaxării poate naște uneori anxietate. Cea în cauză, chiar atunci când intuiește explicația pentru lipsa confortului, o alungă imediat din minte ca pe un lucru „nedemn” de luat în seamă.

La alte femei există numai un grad de frigiditate parțială, corelată cu tendința de a-și investi propriul corp cu o exagerată putere de seducție, ceea ce va atrage după sine dezvoltarea unui complex cu mecanism nevrotic.

Comportamentul poate fi interpretat și drept consecință a hipersensibilității celei în cauză față de orice respingere. Există teama, chiar inconștientă uneori, de a nu fi comparată – fie cu relațiile anterioare, fie cu propria imagine conștientă pe care și-o dorește. Ea știe că nu se poate sustrage, iar frica o face defensivă, ceea ce, o dată cu frigiditatea, generează și o rigidizare a relațiilor în cadrul cuplului. Hipercontrolabilitatea devine provocatoare pentru partener. În loc de înțelegere atrage asupra ei „brutalizări”. În această situație, cauza trebuie căutată în dihotomia dintre aspectul real și stima de sine cu „fațada sa de perfecțiune”. Teama de comparație exprimă frica de prăbușire a „aureolei”, ce ascunde un EU fragil și instabil (după K. Horney, 1995).

Drama unei femei frigide se consumă între dorința de a găsi o explicație și sentimentele de autoînvinuire. Cea în cauză se simte „obligată” să fie perfectă în toate domeniile, cu atât mai mult în cel al vieții sexuale. Fixându-și un țel prea înalt, inhibiția este atât de puternică încât clacarea apare inevitabil. Reproșurile legate de propria deficiență sexuală nu sunt decât o tentativă de a anticipa ceea ce așteaptă de la celălalt.

Existența unor fixații anterioare fazei de maturitate sexuală poate provoca un *dezastru* la prima încercare de apropiere fizică. Anumite gesturi sau cuvinte spuse întâmplător de partener sunt atrase simbolic, intrând în rezonanță cu complexe inconștiente. Ele fac aluzie fie și doar la o anumită stare emoțională. Eșecul primei încercări sexuale este trăit ca un puternic episod traumatizant. Ceea ce se va păstra nu sunt întotdeauna elementele importante, ci amănunte cu conotație negativă. Dacă într-o încercare ulterioară reapar aceste stări, chiar și cu un nou partener, nu mai există

control conștient evocându-se situația anterioară finalizată cu eșec. Detaliile nesemnificative aparțin unei sfere secrete, nemărturisibile. Repetabilitatea primului eșec se datorează păstrării și reactualizării acestuia; se produce un transfer, o inerție a experienței nefaste.

Este o eroare din partea bărbatului a-i arunca în față „secretele” pe care el crede că le-a ghicit; nu reușește decât o recrudescență a conflictelor și o agravare a durerilor. Adevăratul ajutor se acordă „în trepte”, cu generozitate și încredere, într-un climat afectiv liniștit și relaxant, unde lupta cu frigiditatea ucide „trauma acuplării”, și fiecare act sexual este inedit.

8.4.2. Narcisismul – o tentativă nereușită de seducție

S-a vorbit și se vorbește mult despre *puterea de seducție* a femeii, cu nuanțe ce se întind pe un palier de la sensibilitatea duioasă la tendințele agresive imortalizate simbolic în versuri de tipul: „*femeia, femeia, cu ea să nu te pui*”. Această nevoie de cucerire prin *sentimentul puterii* poate fi considerată o încercare de a da piept cu sine și cu ceilalți prin ceea ce numim *self-inflation*.

Tulburările de dinamică sexuală capătă astăzi o notă particulară, dată de o anume „valorizare” atribuită inconștient de cel în cauză pentru a reduce autentică suferință. Este vorba de situația din ce în ce mai regăsită – deși nu întotdeauna ușor sesizabilă – în care *lipsa dorinței de a posedea în mod absolut altă ființă* se exprimă sub forma unei **anestezii sexuale** ce coexistă cu o **castitate coruptă**. Aici ar intra exemplul cvasipermanent al societății moderne – **exacerbarea propriei nudități** –, corpul și plăcerea ce rezultă din grija narcisică pentru punerea în valoare a frumuseții intime oferă o experiență ce este preferată celei sexuale normale și concrete. Această etalare seductivă a tot ce constituie „*interes*” pentru sexul opus (comportament în care putem întrezări reminiscențe maniacale), în esență duce la insensibilitate, autism și refuz nevrotic al erotismului (după J. Evola, 1994).

Woodward o considera **formă de sadism** „intelectualizat” la femeile ce-și expun trupul, prevăzându-l însă și cu o plăcuță simbolică „*nu deranjați!*” –, tinere cu conduite provocatoare, ce adoră să fie privite, nu și atinse, spre a nu ieși la iveală acel grad de frigiditate crescută, care în absența preocupărilor pentru „*exteriorul*” ființei le-ar îngrozi. Conștient, se amăgesc cu sexualitatea cerebralizată, cronică și difuză, pe care o stârnesc în jur, în timp ce *drama frustrării afective* se consumă în „*interior*”, fără *comunicarea* ce i-ar distruge imaginea narcisică a femeii perfecte – în sensul neopsihanalic introdus de Karen Horney – ca expresie **nu** a iubirii de sine, **ci** a înstrăinării de propriul Eu. Gesturile adânc „studiate”, mimica iscusit „construită”, întreaga vestimentație și aura unei misterioase traume reprezintă, de fapt, o fugă – încă ținută sub control – din fața sexului opus.

Complementele conștiente sunt *orgoliul, râvna după prestigiu și admirație, anxietatea disimulată, dorința de a fi iubită*, corolar cu *lipsa capacității de a iubi* – degheizate forme în care *protestul viril* atinge cota „*răzbunării*” – în filme precum „*Hărțuire sexuală*” sau „mult visată” *femeie* din paginile revistei *Cosmopolitan* – în permanentă căutare a unei oglinzi ce-i poate reflecta doza de *combativitate* masculină a impresionantelor realizări. Deși aceasta este imaginea *expectată și admirată* de

bărbații secolului XXI – *femeia ce se impune, femeia ce știe să-și deschidă o carieră*, se scapă din vedere doza de autism și insensibilitatea sufletească reală. Securitatea sa emoțională e șubredă, căci *celălalt* nu este ales pentru *ceea ce reprezintă în sine*, ci **pentru modul în care știe să flateze**, motiv pentru care, pe măsura „înnaintării” în orice nouă relație –, *libidoul* scade, căutându-se perpetuu un „cunquantum energetic” suplimentar.

Tendințele narcisice devin cu timpul un substitut al respectului de sine. Ea poate gândi că dacă partenerul nu o mai iubește, aceasta se întâmplă pentru că se situează mai sus de înțelegerea lui. Atunci începe să considere că celălalt este obligat „cel puțin” să-i dea atenție. Obținerea admirației se substituie dragostei. De fapt, o astfel de femeie își alege bărbatul, nu pentru tot ce ceea înseamnă el ca om, ci pentru modul în care știe să măgulească. La rândul ei, îl copleșește cu complimente mai mult sau mai puțin valide, conform principiului inconștient „*flatează pentru a fi flatat*”.

Întâlnim, de asemenea, și încă frecvent, bărbați cu tendințe narcisice, bărbați ce cred că femeile ar trebui să-i îndrăgească fără a le face vreun avans. Pentru un astfel de individ este de neconceput ca o parteneră care l-a cunoscut să se poată îndrăgosti ulterior de un altul.

Aspectul este similar, poate chiar mai frecvent – pentru sexul masculin – când agresivitatea îmbracă latura *interesului* brutal și imediat în raport cu sexul opus – ca o adaptare la „*căderea de potențial*”. Sunt acei indivizi ce vin în întâmpinarea „*noului*”, mobilitatea lor psihică „cerând” suprasaturarea cu „*elementul uman întâmplător*”. Libertatea **Eu-lui** în raport cu **Erosul** este **falsă**, căci din această schemă cel în cauză omite *anxietatea* raportată la imposibilitatea trăirii emoționale durabile. Pentru sine, **experiența** are mai multă valoare decât **relația**. Multiplicitatea legăturilor este o încercare nereușită de înlăturare a punctelor de fixație (posibile în perioada preoedipiană – pentru o personalitate de tip Don Juan, ce-și caută *mama* în orice *femeie*, din cauza imperfectei sale individualități existențiale). „*Legarea emoțională*” este un joc al indeterminării: în locul partenerului unic și insubstituibil avem „un tip aproximativ”, prezent în mai multe ființe, ce-i asigură condiția unei atracții suficient de intense (după J. Evola, 1994). Personalitatea imatură este percepută subiectiv ca insuficientă definire a Eu-lui și, dacă reprezentarea internă nu este foarte precisă, obiectul plăcerii va fi indeterminat și înlocuibil. La nivel metapsihologic, Don Juan este simbol al transcendentului dorinței, trecerea de la o pasiune la alta făcându-se dintr-o deziluzie perenă, din neputința de a fuziona cu celălalt (văzut în sens metafizic al absolutului). Tulburarea dinamicii sexuale apărută reprezintă autocondamnarea oferită inconștient satisfacției, dublată de plăcerea efemeră a seducției și cuceririi asociată cu „savurarea” senzației de a face rău. Reacția celuilalt la abandon e însoțită de o nevoie – plăcere de a distruge și profana. Atunci când puterea Supra-Eu-lui este mare, *violența* se întoarce asupra sieși – ca pedeapsă – prin disfuncția sexuală. Cu fiecare nouă experiență, urmează o nouă dezamăgire – produsă de incapacitatea libidoului de a se fixa (substituită în durerea dată de TDS), căreia îi urmează dezgustul față de ceea ce Don Juan credea că este *ultimul scop urmărit*. Eu-l poate căuta în sentimentul posesiei și în egoismul sexual o compensație pentru inferioritatea proprie, deoarece acesta generează iluzia de „ființă” – ca o consolidare a individualismului.

O persoană narcisică acceptă cu greu adevărata problemă a cuplului, învinovățindu-și mereu partenerul, căci propriile mecanisme de apărare acționează în sensul: „nici vorbă nu poate fi ca EU, ființă superioară, să am asemenea «defecte»”; în

consecință, ele nu există". Suferința se consumă în interior din cauza conflictualității latente și, uneori, apar simptome nevrotice prin care „se cere ajutorul”, astfel încât una din cele două părți ale personalității sale scindate să poată „învinge” (după K. Horney, 1995). Nu este același lucru dacă schimbarea personalității este dorită de cel în cauză sau numai de partenerul care îl iubește. De multe ori, motivația autentică a comportamentului său este atât de încorsetată în substituții inconștiente, încât, în virtutea unei structuri de personalitate extrapunitivă, el nu suferă și nu se plânge de starea lui psihică.

Oricât de bine intenționat ar fi celălalt, atâta timp cât sunt vizate aspecte abisale ale psihismului, el nu va ști niciodată care este adevărul „BINE” pentru partener, relativizându-se și ceea ce ar putea însemna „binele” sau „viitorul cuplului”. Aici ne confruntăm cu situații de tipul: „*soful meu este nervos (... și sunt invocate aspecte din cele mai variate ale patologiei...)*, *de aceea nu ne mai înțelegem; aș dori ajutorul pentru a depăși această problemă*”. Numai că, uneori, se întâmplă (și asta o stupefiază pe cea în cauză!) ca partenerul, odată eliberat de acele „inhibiții”, să-și urmeze cu mai multă hotărâre propria cale; atunci, ruptura cuplului izbucnește, menținerea lui nefiind posibilă decât în condițiile nevrozei anterioare.

O altă cauză „macroscopică” ce poate explica frecvența TDS în zilele noastre vine din faptul că experiența erotică se numără printre acelea ce au din ce în ce mai mult un caracter static, ca și cum ar apărea și s-ar derula de la sine, fără ca voința persoanei să intervină. Pasivitatea este în corelație cu scăderea implicării afective, iar în argumentarea cu „factori sociali” *ocazionali* se disimulează sau, mai bine-zis, se ascunde legătura cu masochismul (J. Evola). Indiferentismul în domeniul vieții intime se explică, generic vorbind, prin investirea forței erosului într-o altă direcție: spre formele ce conexează cu factorul estetic. De la frumusețea fizică (ce acționa ca feteș) a unei anumite ființe se trece treptat la extazul pe care îl suscită o frumusețe divină de tip abstract, fără a fi vorba de un autentic proces de sublimare. Cu toate acestea, când cel în cauză nu are curajul să își accepte conștient problema, intervine în apărare **raționalizarea**, care **lasă impresia** unei „convertiri superioare” a libidoului.

Pentru un individ cu TDS, *ura* pentru sexul opus este doar parte vizibilă din aisbergul indicatorului secret al unei deosebite tensiuni, gata să se traducă în circuitul distructiv al dragostei, de îndată ce este înlăturat obstacolul dat de dispozițiile inconștiente ale celui în cauză. Această distrugere similară morții simbolice a tot ce-a fost anterior iubit, alături de dereglarea sexualității normale, lasă iluzii cu gust amar... „*Mi-am ars icoanele din sanctuare și-acum mă-nchin la tot ce-am ars demult...*”

8.5. Cauze superficiale în afectarea intimității de cuplu

8.5.1. Oboseala sau eșuarea comunicării: o dramă sexual-afectivă

Cauza cea mai frecvent sesizată de parteneri, raportată la apariția disfuncției sexual-afective în cuplu, este **oboseala**. Sunt invocate sub cele mai variate aspecte problemele vieții cotidiene, începând de la banala *lipsă de timp* și terminând cu munca

de răspundere cheltuitoare de energie. Motivele, ca un fel de autodezvinovățire, sunt legate de „societatea bolnavă” ce generează structuri de personalitate în care stresul prelungit se confundă cu anxietatea. Cel în cauză reclamă serviciul care îi consumă 12 ore din zi (mulți dintre cei cu tulburări de dinamică sexuală lucrează ca economiști sau contabili, fiecare având „un job suplimentar”).

Actul sexual în sine trebuie să fie reconfortant, reechilibrant, dar în condițiile unei oboseli cronice, primul lucru afectat este perioada refractară, faza de refacere următoare uniunii sexuale. Se instalează astenia fizică, ulterior și psihică, ceea ce creează sentimentul insatisfacției. Partenera obosită va avea nevoie de mai mult timp pentru a se simți liniștită și degajată, iar soțul, încercând să-i producă plăcere, va consuma mai multă energie, fapt ce se va resimți în momentele ulterioare. În locul normalelor gesturi de tandrețe și afectivitate ce trebuie să urmeze acuplării, se generează sentimentul obligativității și somnolență, mergând până la indiferență. Acestea sunt suficiente pentru a induce celor doi ideea unei posibile tulburări. Dacă se forțează refacerea firească a organismului după disfuncția apărută, fie și ocazional, prin mecanism de feedback, de teama repetării incidentului, se ajunge la scăderea dorinței sexuale.

Astfel, oboseala devine o **pavăză** pentru tulburarea instalată în cuplu. Este o acuză perfectă în raport cu societatea, pe care aceștia o percep ca având „oameni-mașină”, preocupați numai de „randament”.

Mecanismele de apărare transformă rapid „scuza” în ceva care să demonstreze „o virtute”. O femeie frigidă va considera că oboseala ei este dovada faptului că muncește, că se străduiește pentru familie, ea încercând inconștient „să adune” cât mai mult, *să se simtă cât mai epuizată pentru ca motivația să funcționeze perfect*. Astenia devine o plăcere substitutivă în încercarea de a părea o „laudă”, față de plăcerea firească dată de relaxarea sexuală normală.

Un bărbat cu tulburări de dinamică sexuală va avea o percepție deformată a partenerei; el va interpreta ca o femeie „adevărată” pe cea dezinteresată de aspectele intimității și va fi fericit când aceasta se va plânge că este obosită. Cuplul pierde din ceea ce numim „comunicare sexuală”, fără să-și mai pună vreodată problema de a o regăsi, căci nu au știut-o niciodată, datorită problemelor ce au existat mereu, dar latent – condiții favorizante ale acestei *drame interioare cu desfășurare în doi*. Și astfel de cupluri există la tot pasul – ce au cedat sub greutatea profesiei, a „gospodăriei” și, într-un cuvânt, **a timpului**. Bărbatul sau femeia, alienați de constrângerile de zi cu zi, nu-și mai asumă nici măcar funcția lor sexuală, cu atât mai puțin autentica relație a unuia cu celălalt. Toate rămân într-un plan mediocru și derizoriu.

Relația poate fi privită și invers: cel în cauză, incapabil de a-și înfrunta situația conjugală, clachează proiectând asupra anturajului (serviciu, prieteni, „frecușurile” vieții cotidiene) propriile dificultăți. Pe lângă oboseală, mai sunt invocați tot felul de alți factori externi, cu valoare inhibitorie asupra comunicării sexual-afective a cuplului: prezența soacrei, normele specifice unui anumit clan familial, copiii sau grijile. Acestea le este unanim recunoscută valoarea obiectivă. Ceea ce se omite – chiar și de cei ce analizează astfel de cupluri – este exacerbarea valorii lor, facilitată de tendințele nevrotogene. Aici intervine „terenul” sau reactivitatea individuală. Condițiile exterioare nefavorabile nu reprezintă decât niște elemente de risc pentru instalarea tulburării, în timp ce particularitățile sistemului psihic individual condiționează vulnerabilitatea. Tipul de activitate nervoasă superioară, cu caracteristici precum forța,

mobilitatea, echilibrul, în ceea ce privește posibilitatea inducției corticale a excitației și inhibiției reprezintă *terenul*, mai mult sau mai puțin receptiv, pe care se grefează distorsiunea emoțională.

Exemple: M.T., 46 ani, de profesie maistru, invocă oboseala deseori, care îl împiedică să finalizeze un act sexual normal. De fapt, aceasta este cauza superficială sub care se ascunde indiferența față de parteneră. După o discuție mai lungă, amintește că „*soția nu mai prezintă nimic atrăgător*”, „*nu știe să se poarte*” și „*nu mai e spontană*”.

Atâta timp cât încă mai erau copiii, se simțea ca într-un „carusel”. Toate mergeau de la sine și „faceau dragoste din obișnuință”, ca un reflex condiționat ce își cerea drepturile. Acum, când s-a schimbat ceva în viața de cuplu prin „golirea casei”, plictiseala își spune cuvântul: gândul că plecând de la serviciu îl așteaptă acasă monotonia, imediat accentuează oboseala ce prin feedback determină tulburarea sexuală.

R.R., 41 de ani, este căsătorită de 22 de ani și datorită firii sale mai reci și mai distante nu a sesizat (sau, mai corect spus, nu a vrut să sesizeze!) eventualele disfuncții ale cuplului. Acum, că micuții au devenit adolescenți și cheltuielile sunt din ce în ce mai greu de suportat, și-a luat un serviciu suplimentar, astfel încât nu-și mai vede soțul decât noaptea în dormitor, când cade frântă de oboseală. Acesta i-a reproșat, mai în glumă mai în serios, răceala afectivă și inautentica participare la actul sexual. În schimb, întotdeauna ea a fost *soția model*, care și-a îndeplinit cu succes atât sarcinile profesionale, cât și rolul conjugal.

În prezent, mai mult ca oricând, muncește pentru familie, dorind să fie apreciată. Soțul, cerând „puțin timp și pentru el” și dominat fiind totodată de rolul ei profesional reușit, o acuză din ce în ce mai frecvent de anorgasmie. Din păcate, ea nu simte să-și fi schimbat comportamentul față de perioada tinereții, dar a acceptat să vorbească despre acest aspect dorind o schimbare strict de dragul partenerului, „pentru ca el să fie mulțumit”. În adâncul sufletului nu înțelege exact ce i se cere, pretextând că își îndeplinește perfect rolul de soție.

În ambele situații se face apel la factorii „explicativi” exteriori, deoarece conflictul interpersonal desfășurat la nivelul planului psihic este ascuns. *Drama comunicării eșuate* este disimulată în „straturi” superficiale, exacerbandu-se importanța factorilor ambientali ce prelungesc proasta stare conjugală.

8.5.2. Medicamentele – un caz „ad-hoc” de extrapunitivitate

Atunci când apare o dificultate în viața de cuplu sau când, pur și simplu, vârsta își spune cuvântul, este mai simplu să *inventăm* motive exterioare pentru scăderea implicării sexual-afective, decât să acceptăm că adevărata *problemă* se situează în interiorul ființei, în *standardele, normele, nevoia de record* pe care singuri ni le impunem. „Stachetele” tinereții rămân neclintite, deși fiziologicul și dinamica firească a organismului se schimbă, căci nu întotdeauna există o cuplare perfectă a cognitivului cu gândirea emoțională. Este cazul mult cunoscut – dar din păcate insuficient studiat autentic – al bărbaților de 55–60 de ani, ce-și doresc parteneri adolescente din simpla și unica motivație inconștientă de a-și mai demonstra încă *valoarea* – în cel mai

general sens al termenului – de la performanțele în plan intim, la posibilitățile materiale și acel laitmotiv „*am sufletul încă tânăr*“. Despre aceste reale dificultăți conjugale, perturbări, dileme morale s-a scris, în general, cu o notă peiorativă, ca și cum „*uite, dragă, de ce le mai arde oamenilor la această vârstă*“, fapt ce face și mai grea misiunea medicilor sau psihologilor în abordarea subiectului. Din același unghi de vedere, când apare confruntarea cu „*necazul*“ – despre care până nu demult făcea haz cu prietenii, prima tendință este **de a găsi un vinovat**, care, bineînțeles, se va afla în **afara Eu-lui**.

Un caz tipic este acela când în apariția unei tulburări de dinamică sexuală este invocat **un medicament**. Stabilirea acestei corelații este un fel de *raționalizare*, de „scuză“ în ochii proprii, căci, de obicei, pastilele invocate nu au nici o bază reală farmacocinetică sau farmacodinamică ce ar putea susține „acuzatia“. În plus, este vorba de tablete luate ocazional, maximum un flacon, situație în care, chiar dacă ele ar fi produs o ușoară scădere a potenței, aceasta nu ar fi durat doi ani! Dar, în încercarea de apărare, cel în cauză caută să-și confecționeze – din nevoia de obiectivitate – o *traumă* în real, pe care să poată proiecta apariția TDS, când, de fapt, *perturbarea* reprezintă un aspect evident și simplist al conflictului intrapsihic sau interpersonal – idei ținute „prizoniere“ într-un inconștient furtunos.

Repetitiva sintagmă „*medicamentul păcătos!*“ exprimă imaturitate (ce reapare periodic în anumite momente ale vieții, la anumite tipuri particulare de personalitate), corelată cu neacceptarea – nici a *cauzelor*, nici a *efectelor* propriu-zise. Fraza reproduce acel „*X e de vină!*“, ce dovedește atât extrapunitivitate, cât și vulnerabilitatea psihică la posibila acțiune a factorilor exteriori.

Acest gen de pacienți au un mod particular de a se adresa celor avizați, exacerbând puterea miraculoasă a doctorului, în aceeași manieră în care au supraînvestit medicamentul cu proprietăți nocive. Se conturează un Eu fragil, cu o capacitate puternică de recidivare sistematică a nesiguranței, chiar și în cadrul unei terapii. Lipsindu-i satisfacțiile erotice și „ajutat“ de o fire insuficient delimitată, individul ajunge să-și pună la îndoială valoarea. În această stare de regresie afectivă se exteriorizează marcat anxietatea. El cere terapeutului sprijin „împotriva“ medicamentului care i-a făcut rău, ca un copil ale cărui forțe nu sunt suficiente pentru a lupta singur. Labilitatea psihică îi permite o capacitate crescută de a transfera dorințe ascunse, mascate, cereri presante, dar și revendicări agresive („*Atâta timp cât pastilele alea mi-au făcut rău, doctorul e obligat să mă ajute!*“). Schema mentalității reproduce ambivalența sentimentelor infantile, cu nota de culpabilitate mai mult sau mai puțin prezentă. Necesitatea **unui medic** o substituie pe aceea a **unei parteneri**. Subiectul neagă conștient o posibilă problemă interpersonală sau un blocaj al comunicării. Însuși medicamentul *incriminat* a generat trebuința unei relații aparte cu o figură proeminentă, cum este aceea a terapeutului. Emoția subsidiară poartă aureola magiei primilor ani și suscită exaltarea Eu-lui. Tulburarea în sine devine sursă de satisfacții orgolioase, cu exacerbarea autoadmirației. Dintr-o dată, optica se schimbă, intrând în acțiune acel „*Sunt interesant!*“ – atât din punct de vedere clinic, dar și pentru partenera actuală, dar mai ales pentru una posibilă(!). Beneficiul secundar al simptomului – reprezentat de căldură, afecțiune și focalizarea atenției asupra sieși – își face simțită prezența prin acest mijloc de valorizare.

Pentru *exemplificare*, luăm cazul lui C. K., 32 de ani, la care apariția TDS -ului a coincis cu consumul unui antibiotic (Vibramicină – administrată 8 zile). A renunțat

imediat la relația cu partenera, „colindând“ pe la cât mai mulți doctori în speranța că „*îi vor da de cap*“. I s-a oferit explicația că pentru **recâștigarea încrederii este nevoie de doi**, accentuându-se importanța unei legături profunde – clipă succedată de descărcarea brutală a tensiunii acumulate prin învinuirea terapeutului de incapacitate. Se sesizează tendințe impulsive, urmate de regrete ulterioare, exprimate deschis, și *implorarea* medicului pentru ajutor. În săptămânile următoare, „soarta“ a făcut ca o tânără de 26 de ani să-l îndrăgească sincer, să-i înțeleagă dificultățile și să-i ofere sprijinul empatic. Deși dorind ajutorul noii prietene, brusc a devenit infatuat și dominat de un comportament de superioritate: „*Cum crezi tu că mă poți ajuta, dacă nu am reușit cu EA, pe care am iubit-o atât și dacă nici medicii nu știu ce să-mi facă!*“. O conduită inadecvată a demotivat intențiile tinerei, aruncându-l din nou în „temnița“ singurătății, până va accepta că maleabilitatea în ființarea diadei este *cea mai trainică ancoră*.

Un alt *caz* ar putea fi acela al lui S.D., 56 de ani, care după un tratament de două săptămâni cu Ulcerotrat (!) – efectuat în urmă cu opt luni – simte cum potența i-a diminuat succesiv – având grijă să se raporteze constant la „victoriile“ adolescente „de neuitat“. Întâlnim aici *neasumarea vârstei biologice*, dictată de o imaturitate de fond și completată cu o viață de cuplu imperfectă, deoarece, dacă în perioadele trecute intimitatea ar fi fost încununată de armonie, „scăderile performanțiale“ inerente ar fi fost mai puțin dureroase narcisic.

Interesantă este și *situația lui B.U.* care, deși niciodată nu a manifestat o TDS, se preocupă și consultă doctorul în legătură cu „pastila minune“ ce ar putea fi procurată ca acest lucru groaznic să nu se întâmple. Interesul pentru bunul mers al relației conjugale este înlocuit cu căutarea „medicamentului miraculos“ responsabil de „salvarea“ și menținerea căsniciei. O posibilă problemă în domeniul sexualității va fi raportată indiscutabil la *un al treilea* – care va fi cu siguranță medicul, ce nu a știut să acorde un corect sprijin terapeutic, moment în care soții pot deveni uniți împotriva „dușmanului comun“, când, de fapt, ceea ce se înfruntă este *propria imaturitate*.

CAPITOLUL 9

Metaanaliza relației de cuplu

*E minunat să simți cum plânge cerul,
Să guști din toate fructele amăgirii,
Să poți să-ți depășești patrulaterul
Acelel umbre vechi a disperării.*

9.1. *Let it be an answer...*

Analizând dintr-o perspectivă psihologică raportul *dragoste-posesiune* rămâne în urmă un cortegiu de întrebări, ale căror explicații – mai mult sau mai puțin sălbatice – se pot întinde de la *heteroagresivitate* la *echivalență suicidală*. De la banalul „*Ce este dragostea și dacă ea există la prima vedere?*”, la „*Ce părere aveți despre variantele extreme, atunci când ea devine posesiune? Credeți că aceasta ar fi mai specifică femeilor sau bărbaților?*” „*Iubirea unică există?*” și „*Cum ar fi marea dragoste mai apropiată de acel a-ți poseda partenerul sau este îndreptățită libertatea lui totală, deoarece, atunci când iubești, o faci necondiționat?*”...

La nivelul *simțului comun* se știe că există persoane dominate de gelozie, sentiment ce revine cu aceeași stăruință în cadrul oricărei noi relații, parteneri a căror dragoste poate fi mai degrabă caracterizată prin dorința de a poseda în mod absolut o altă ființă. Cum s-ar putea descrie mai pe larg o astfel de fire și care ar fi corelatele inconștiente ale acestei structuri?

Ce legătură ar exista între această nevoie acută a dragostei absolute și psihotraumele copilăriei timpurii? La constituirea unei astfel de personalități, ce contribuie primordial: propriile carențe emoționale familiale, ce vor influența stilul relațional al celui în cauză *sau* este suficientă o aderare formală la modelele afectiv-educative oferite de romanele adolescenței?

Un astfel de individ, caracterizat printr-o „adezivitate” excesivă în raport cu celălalt, poate fi considerat ca total opus a ceea ce numim *o personalitate de tip Don Juan*, acela ce seduce cu aceeași ușurință cu care și părăsește „*victima*”, situație în care dorința de **a cuceri** se substituie celei de **a poseda**?

Acela ce-și *posedă* partenerul(a) poate fi mai degrabă interpretat ca înscriindu-se în relații inconștiente de tip sado-masochist, în care agresivitatea fantasmatică atinge cote maxime *sau* este un individ sensibil, labil emoțional, dominat de propria nesiguranță împotriva căreia luptă prin acest tip particular de legătură sentimentală, indecis, deprimat – atribute ce ne-ar îndreptăți să-l considerăm pe el însuși **principală victimă**? *Sau*, altfel spus, în această relație particulară, cine este mai nefericit – „*victima*” sau „*agresorul*”?

Ne întâlnim la tot pasul cu știri din care aflăm creșterea tentativelor de suicid (și, din păcate, de multe ori reușite!) în rândul tinerilor. Cel mai frecvent motiv invocat de familie este *o dragoste neînțeleasă și neîmpărtășită* sau, dacă ne situăm în termenii de

analiză ai temei în discuție, descoperim cum la această vârstă credința în „iubirea unică” împinge la gesturi extreme în virtutea legii inconștiente a **absolutismului**. Din această perspectivă ne întrebăm dacă **dorința de posesiune** decurge în mod univoc din acțiunea **principiului plăcerii**, a cărei forță devine nebănuită și nu se lasă supusă **realității**. Dincolo de speculațiile care, deși autentice, poartă amprenta subiectivismului și aura paradigmatelor filozofice, care este punctul de vedere strict medical *sau*, altfel spus, nu este oare aceasta doar **cauza aparentă** a suicidului? Și atunci, ce se ascunde în profunzime?

9.2. Ciclicitatea firească

9.2.1. Un pseudotratat despre o femeie (diz)grațioasă

Atributele: grație, grațioasă, grațiozitate sunt principale în „zestrea de calități” a oricărei femei. Implicit se includ sensurile de: politețe, amabilitate, bunăvoință, curățenie. Lipsa lor nu poate avea nici o scuză. Această absență este marcată prin prefixul „diz-”, prezentând, astfel, o rezonanță de sentință, de sancțiune, în urma unei judecăți morale. Treptat-treptat, cea care-și va afișa permanent și ostentativ atributele negative va sfârși prin a cădea în **dizgrația** partenerului, pierzând favorurile acestuia, sentimentul și interesul său pentru ea.

O femeie poate și trebuie să fie grațioasă, plină de finețe și farmec, încântătoare și plăcută tuturor, la orice vârstă. Prin puterea și voința ei se va „construi” sau se va „demola” singură. Nu există etapă ingrată sau rușinoasă, vârsta trebuie privită cu înțelepciune, ca pe ceva înscris în legea firii. Se cuvine să ne bucurăm pentru fiecare zi, pentru fiecare an pe care îl trăim și să ne străduim cu tot ceea ce ne stă în putință să fim plăcute și de ajutor celor dragi.

Fiecare palier își are neajunsurile și neplăcerile lui și, de multe ori, ne dorim să fim mai bătrâni sau mai tineri, dar totodată există bucuriile, farmecul și drăgălășeniile clipei. Finețea de spirit și cultura sunt garanția vitalității veșnice.

A fi grațioasă și plină de farmec, politicoasă și amabilă este numai într-o mică, foarte mică măsură, un „cadou” al destinului. Este o componentă comportamentală dobândită în procesul educației și integrării sociale, ce se va fixa o dată cu conturarea și clarificarea personalității.

Modestia și simplitatea sunt și rămân, de mii de ani, atributele suverane ce dau valoare superlativă oricărei femei. A fi grațioasă la modul ideal este dificil chiar și pentru staruri, manechine sau topmodele. Nu aceasta trebuie să fie preocuparea unei femei obișnuite. Ea trebuie să învețe încă din copilărie cum să devină plină de farmec, irezistibilă cu „setul” personal de calități și defecte, descoperind cum să se corijeze pe sine.

Orice fetiță va fi „dulce” pentru simplul fapt că este ...fetiță. Accesoriile vestimentare alese cu gust vor suplini lipsa de dărnicie a ursitoarelor. Părinții vor face bine să-i explice cu calm și convingere că nazurile și mofturile nu o fac frumoasă și că „băieții nu o plac”. Trebuie învățată să zâmbească, să spună întotdeauna „*vă rog*”, „*mulțumesc*”, „*mă iertați*”, „*îmi dați voie*”, fără să ajungă însă a-i imita pe adulți. Altfel,

copilului i se va răpi calitatea esențială și definitorie a vârstei sale: dragălașenia. Unele fetițe sunt de la natură mai îndrăznețe sau există cazuri când, mai ales tăticii, „supărați”, își astâmpără „amarul” îmbrăcând micuța și chiar tratând-o ca pe „băiatul lui tăticu”. Cu toate acestea, ea trebuie să fie cuminte, delicată, să vorbească și să meargă elegant.

Manierele, regulile de bună purtare, deprinderile civilizate se pot dobândi în orice familie, indiferent de mediul social, dacă părinții se vor strădui ei înșiși să le impună. Și să nu uităm că exagerările, de orice natură, provoacă dizgrație. Dincolo de premii, cultură generală și veșminte, un copil arogant va fi întotdeauna antipatic.

Tendința fetelor de a se îmbrăca băiețește, ce apare la preadolescență, induce în unele cazuri tulburări psiho-sexuale și comportamentale cu consecințe în timp. Pe neașteptate, ele devin dizgrațioase, deși sunt convinse că emană în jur seducție și inteligență..., în ultimă instanță, sunt demne de plâns. Nimeni nu le învață cum să se comporte duios, să fie pline de farmec, plăcute, cu simplitate și rafinament.

Se ajunge uneori ca în procesul de „stilizare feminină”, fetița să-și imite mama, mătușa, bunica sau orice altă persoană considerată figura marcantă a copilăriei, ce va reprezenta astfel modelul la care se va face apel. La început, respectiva persoană poate plăcea soțului, dar mai târziu, el îi va face reproșuri.

Alteori, fata va prelua „idoli” subculturali (staruri muzicale sau cinematografice, dominate de aspecte sexy), total incompatibili cu structura sa psihică sau cu aria etno-culturală în care s-a format.

La 15–16 ani, o domnișoară depune toate eforturile să se autoeduce. Multe adolescente se îmbracă și se comportă ca la 30, din nerăbdarea și dorința de a deveni mai repede mature și a scăpa de sub tutela părinților. Însă, mai târziu, au brusc nostalgia pubertății, le cuprinde spaima că îmbătrânesc și deodată poartă colanți, fuste mini, fundițe de toate culorile, vorbind afectat, alintat, răzgâiat și aruncând ocheade în jur, devin ridicole, dar, mai ales, stârnesc mila... În aceeași categorie ar intra și soțiile care se lasă pradă unui total dezinteres față de persoana proprie, umblând prin casă obosite, nepieptănate, plictisite sau puse pe ceartă.

Dizgrațioasă este și cea care instaurează în familie o disciplină și o ordine „de fier”, cerând supunere din partea tuturor. Soția „nu are voie” să se vaite, să plângă, nici să se deplângă. Deși, uneori, cea în cauză așteaptă inconștient și instinctiv compătimire, într-o asemenea stare nu va face decât să stârnească agresivitate și cel mult „autocompătimire” din partea bărbatului. Bolile, suferințele și supărările nu sunt o scuză. În nici o împrejurare și la nici o vârstă, ea nu trebuie să-și piardă demnitatea, decența, bunul-simț și feminitatea. Munca, greutățile, lipsurile, sărăcia, neajunsurile distrug rând pe rând sănătatea, speranța și seninătatea. Dar dacă, în ciuda tuturor acestora, va reuși să păstreze, ca un jar sfânt, nestins, puțină gingășie, candoare și delicatețe, va putea renaște și va fi un reazem pentru cei dragi.

Khan era de părere că femeile occidentale mai au încă multe de învățat de la cele orientale. Partenererele „moderne” obișnuiesc să se îmbrace elegant, să se fardeze, să se poarte rafinat și distins numai în afara casei (la serviciu, în vizite, la spectacole), în timp ce în familie sunt nervoase, dezgustate, plângăcioase, ceea ce înseamnă în egală măsură lipsă de respect față de soț, de ea însăși, de căminul conjugal. Femeia orientală iese pe stradă înfășurată în pânze negre sau albe, presărând în urma ei mister cu fiecare pas, necunoscută și lipsită de farmec pentru orice alt bărbat, dar, în intimitate, deosebit de tandră, de elegantă și dragăstoasă.

Indiferent dacă o femeie încearcă să cucerească prin senzualitate sau prin intelect, și unele și altele au calități și defecte în „stilul” lor. Cel mai bun „sfat” care se cuvine dat soțiilor ar fi acesta: „comportați-vă față de soțul dumneavoastră ca și când ar fi al alteia și ați vrea cu orice preț să i-l furați”.

Chiar și la vârsta a treia, o femeie poate fi plină de atracție și cu un aer de distincție. Acum, ea trebuie să-și exercite puterea de seducție cu și mai multă forță decât la tinerețe, deoarece are datoria de a atrage și a menține în „câmpul gravitațional” al personalității sale un număr și mai mare de ființe – soțul, fiii, fiicele, ginerele sau nurorile, nepoții și strănepoții. Tinerii învață astfel să nu se sperie de bătrânețe, să o aștepte cu onestitate. Dacă îi iubești pe cei din jur, te îngrijești mai întâi pe tine, spre a le putea fi de ajutor până în ultima clipă a vieții.

Mai rămâne să ne referim la o situație cu totul specială și paradoxală: graviditatea. Când se află în starea de „grație divină”, indiferent dacă este bogată sau săracă, o femeie atinge culmea farmecului și feminității sale. Crezând uneori că este urâtă, înspăimântată să nu provoace repulsie soțului și celor din jur, ea stă mai mult în casă, se ascunde, se rușinează de starea în care se află și i se pare incompatibilă cu „afișarea” în societate. Fără să știe, o asemenea credință marchează inconștient și involuntar psihicul copilului.

Dimpotrivă, trebuie să se poarte natural, firesc și să fie convinsă că se află în culmea frumuseții și dragălaşeniei. Iar soțul ei trebuie să-i repete, acum mai mult ca niciodată, că *Ea este „cea mai frumoasă femeie de pe pământ și dintre stele”*.

9.2.2. Momente de încercare

„*Viața în doi*” este cel mai fascinant „domeniu de studiu”, nu numai pentru psihologii avizați, cât și pentru „omul de rând”, care în fiecare etapă a existenței sale se confruntă cu probleme, dificultăți, suferințe generate de o comunicare defectuoasă în familie – acel loc minunat ce ar trebui să constituie adevărata pavază împotriva greutăților vieții. Vine o vreme când grijile serviciului, mai ales în actuala și acuta luptă pentru ceea ce simbolic – *și nu numai!* – numim supraviețuire, demascarea mirajelor copilăriei și pierderea părinților sunt dramatic resimțite. Fiecăruia i se pare că dacă *ar exista „rețete”, dacă s-ar scrie în cărți* cum să-ți păstrezi partenerul(a), cum dragostea să dăinuie veșnic – căsătoria și aderarea la statutul de familist ar fi mai simple. Unicitatea noastră structurală, morală, cognitivă și emoțională ne face să receptăm diferit trecerea anilor, dar dincolo de aceasta există o relativă ciclicitate firească, mutuală, traversată oarecum universal și fără excepții, de acea entitate spirituală nou creată și veche ca Biblia însăși, numită **cuplu**.

● **Adultul tânăr** își valorifică la maximum procesele de acomodare și adaptare, fiind dominat de dorința menținerii unui confort sexual-afectiv. Partenerii își descoperă treptat însușirile și încearcă să se adapteze mutual, sincronizându-și stilurile de viață. Atâta timp cât nu există probleme majore – perceptibile sau latente – legate de contruirea identității fiecăruia, nu există riscul apariției unor tulburări emoționale, căci jocul tranzacțional bazat pe zone de toleranță reciprocă este o bună bază pentru lărgirea intimității (după Iolanda Mitrofan și N. Mitrofan, 1989). Atâta timp cât cuplul este fondat pe două personalități sănătoase, evenimentele traumatizante externe pot lovi, dar nu pot sparge diada, deoarece oboseala, obișnuința, plafonarea, în concepția

tinereilor ce se iubesc, nu pot distruge „*ceea ce Domnul a unit*“. Oricât de grea ar fi asumarea rolului profesional, acceptarea celui parental sau asigurarea independenței economico-financiare a tinerei familii, dragostea și „căminul“ oferă energie, forță și încredere, căci la urma urmei,

*„Oricât de greu ar fi urcușul
Pe ale munților cărări,
Plăcerea-i mare când pe culme
Poți să privești în depărtări.“*

● În etapa următoare, **între 35 și 45 de ani**, domină rolul parental, corelat cu stabilizarea celui profesional. Solicitarea în aceste direcții poate eroda intimitatea primei perioade. Orice mică insatisfacție în domeniul serviciului – în care cei doi marșează acum – se va grefa peste teritoriul insecurității afective și al fluctuantei sexualității, creând un dezechilibru. Dorința de **a reuși**, care este mai puternică decât oricând, generează extrapunitivitate, mergând până la comportamente de căutare a „țapului ispășitor“, care, în lipsa altcuiva din familia extinsă sau a factorilor accidentali, este întotdeauna **celălalt**.

Dacă în prima perioadă familia reprezenta „cuibul de dragoste“ ce amesteca aura eroilor din romane cu frenezia acuplării și suficiența unuia în raport cu celălalt, acum se accentuează rolul terapeutic al acesteia, de suport afectiv și mutual. Deși aparent ar putea părea o consolidare, o trecere la asimilare, aceasta este cea mai fragilă etapă în ceea ce privește apariția unor posibile tulburări în dinamica vieții intime, fiind major incriminate necazurile exterioare, grefate pe labilitatea emoțională – nu atât a fiecăruia, cât a cuplului în ansamblu (I. Mitrofan și N. Mitrofan).

Dacă unul dintre parteneri clachează în domeniul sexual, iar celălalt din greșeală sau – ceea ce ar fi și mai rău – din indiferență îi aruncă o aluzie legată de brutalul „*nu ai reușit*“, imediat se vor face simțite nemulțumiri și insatisfacții. Nereușita se accentuează, căci apare ideea „*nici măcar asta nu mai merge; nu mai sunt bun de nimic; nu putem depăși această situație*“. Problemele pot fi atât de grave, încât sistarea comunicării să genereze un divorț emoțional ce poate persista multă vreme.

Pot apărea aspecte supraadăugate ce vor eroda teritoriul slab al intimității. Mult mai frecvent decât înainte apar rezultatele nocive ale suprapopulării spațiului în care cuplul își desfășoară viața. Înainte, efectele locuirii cu părinții – de acum, la vârsta a treia – nu se făceau simțite, deoarece persista încă mirajul copilăriei cu ideea de a fi ocrotiți și ajutați. *E minunat să fii visător, dar realitatea nu se lasă părăsită*: fericii de a fi ajutați (în cazul ideal în care nu există tradiționalele neînțelegeri între generații sau conflictele dintre soacră și noră, respectiv ginere) i se substituie orgoliul de a nu fi putut obține o casă „*a noastră și numai a noastră*“. Această dorință devine substitutul celei de menținere a uniunii cuplului, ca și cum pereții exteriori ar fi un fel de atele simbolice pentru aripile rupte, mai ales că totul se întâmplă fără a ști exact punctul de pornire.

Intimitatea psihologică scade când crește curiozitatea celorlalți membri ai familiei, mai ales că cei în vârstă – neputând renunța la rolul de părinți – vor încerca să caute mereu vinovatul care, bineînțeles, va fi întotdeauna **celălalt**, nu propriul copil, ce nu poate greși și are întotdeauna dreptate. Cei doi – de acum maturi, uneori având chiar copii la vârsta adolescenței – sunt stresați să fie văzuți „făcând pe îndrăgostiții“, mai ales că există și convingerea nefondată, conform careia „*e rușine la vârsta noastră!*“.

Temându-se de a nu oferi celor „mici“ exemplele „negative“ ale gesturilor tandre, deși necesare și firești, ajung să-și perceapă orice încercare de reapropiere fizică drept o culpă.

Dragostea dezinteresată a tinereții este umbrită acum de preocuparea pentru resursele financiare, pe de-o parte, din orgoliu, pe de alta – acumularea bunurilor materiale fiind ceva ce atenuază durerea inconștientă provocată de trecerea anilor și pierderea vitalității. Este adevărat că în basmele copilăriei, o dată cu trecerea timpului, omul devine mai înțelept, bucurându-se de ceea ce a lăsat în urmă, dar în real, întâlnim consum energetic și acea nevoie **de a strânge**, ce se substituie dorinței **de a deveni**.

Indiferent dacă la începutul relației cuplul a fost constituit pe cooperare sau pe „conurență“ – văzute în sensul pozitiv al termenilor –, acum se accentuează competitivitatea și se derepresează nevoia latentă de a domina, aruncarea aceluia *„am reușit în viață mai bine decât tine“* fiind fatal pentru instalarea unei tulburări în homeostazia cuplului. Se acumulează agresivitate, resentimente, anxietate, disimulare și critici nejustificate. Se adaugă regretul neatingerii unor standarde aspiraționale, ce din start au fost alese disproporționate, atunci când excesul de putere al adolescenței făcea ca ele să pară accesibile (I. Mitrofan și N. Mitrofan). Angajarea în această luptă pentru obținerea identificării cu idealul este ea însăși cheltuitoare – în mod nenecesar – de energie. Exprimă încă imaturitatea primilor ani de conviețuire, căci aderarea *la modele* implică o anumită restructurare a firii celuilalt. Există o corelație biunivocă între incapacitatea de a parcurge firesc perioade de asimilare și erodarea intimității sexual-afective, o dată cu pierderea acesteia distrugându-se și securitatea mutuală.

9.2.3. Dincolo de tinerețe...

Suntem obișnuiți să credem că dorința de apropiere fizică este specifică tinereții, tot așa cum funcționează dogma nefondată conform căreia aceasta *„nu-și mai are rostul“* după o anumită vârstă. Mai degrabă este vorba de discrepanța resimțită în plan psihic între dorințe și perturbările fiziologice – evidențiabile, vizibile – ca și cum cel în cauză s-ar simți vinovat că sufletulul său *mai speră*. Printr-o eroare considerăm îndreptățite numai studiile legate de dramele afective ale adulților tineri, clasificând drept „nejustificată“ anxietatea apărută în jurul vârstei de 55 de ani, ca și cum sexualitatea *ar fi permisă* numai unei anumite generații. Perturbările emoționale ale acestei etape a existenței, deși nu așa spectaculoase precum șantajul afectiv al adolescenților, impresionează prin dilemele morale adiacente și prin zbuciumul interior nemărturisit, deoarece acum, mai mult ca oricând, apare sentimentul inutilității și convingerea că **nu are cui împărtăși** problemele intime, din rușinea că ar putea fi sancționat prin atribute sociale de tipul „*nserios*“, „*ușuratic*“ și „*preocupat de instincte primare*“ – care, în virtutea unei perfide disimulări, ar trebui ascunse! Acestea sunt problemele firești ale umanității însăși, despre care ar trebui să discutăm deschis și fără o falsă pudoare, pentru a putea transmite tinerilor autenticele valori ale vieții de cuplu.

● **Adultul între 45 și 55 de ani** este caracterizat prin suprasolicitarea rolului parental. Bărbații sunt absorbiți de statutul profesional și de asigurarea securității financiare a familiei. Această implicare excesivă a soțului este dublată de retragerea partenerei din viața social-activă, ea investind în rolul matern. Se supraadaugă

instabilitatea emoțională dată de modificările biologice. Putem adăuga că, din păcate, foarte multe femei au probleme majore în sfera genitală, drame ce se pot solda cu mamectomii sau histerectomii – totale sau parțiale – ce le mutilează personalitatea. Suferințele organice, dincolo de fragilitatea psihică a celei ce tranversează un asemenea stres, în loc să consolideze relația conjugală din perspectiva celui „a fi împreună la bine și la rău”, fac ca mila să disimuleze în ură, nepăsare sau superficializarea sentimentelor, destabilizând întreaga viață de cuplu.

Dacă în mod accidental, datorită modificărilor fiziologice specifice vârstei sau lipsei de participare autentică, apare o tulburare de dinamică sexuală, devine evidentă preferința soților de a se evita. Bărbații caută grupurile; cei doi încearcă, dar nu reușesc, să ajungă pe acel plan comun în care *celălalt poate fi simțit* pentru a putea comunica, dar nu mai rămân decât elementele tensionale... În urma eșecului în plan intim cu soția, bărbatul simte nevoia acelei „primăveri tardive”, dominat fiind de teama că și-a pierdut virilitatea, frustrare psihică ce îi deșteaptă dorința reconfirmării masculinității. Este perioada tentațiilor adulterine, mai frecvente la bărbați, comparativ cu perioada anterioară în care femeia simțea nevoia unui alt început (după I. Mitrofan și N. Mitrofan, 1989).

Pericolul apare atunci când el se implică într-o relație vitală cu o altă parteneră și, din păcate, aceste cazuri sunt destul de des întâlnite, iar dacă nu ajung să fie trăite în realitate, cel puțin în imaginație, bărbatul se simte „în putere”, dorit de femei tinere și reconfortat de ideea că *ar putea lua viața de la capăt*. În cazul unui eșec sexual cu soția, este dificil de afirmat cu certitudine dacă „a încerca cu o parteneră mai tânără” este o soluție sau o culpă. Oricum, argumentele pro și contra invadează gândurile până într-acolo încât *se pregătește un nou eșec*. Unii, „mai curajoși”, mărturisesc că „au experimentat”, alții se mulțumesc cu satisfacții fantasmatică, căci drama majoră se instituie atunci când nereușita se repetă inclusiv cu noua parteneră. Atunci se întoarce „spășit” în vechiul cuib conjugal, dar, neputând să înțeleagă că adevărata problemă este în interior, recurge la comportamente ce variază de la indiferența afectivă față de soție până la agresiuni verbale manifeste, niciodată exprimând perfect și deschis ceea ce simte, dar fiind convins că „*ea l-a distrus în toți acești ani în care a acceptat-o*”.

Pentru femeie, schimbările sunt de altă natură, încearcă să se mintă că viața sexuală și-a pierdut importanța și, ceea ce este mai grav, încearcă să distrugă, din dorința de a uita, inclusiv ceea ce a fost frumos în tinerețe. Corelațiile sociale date de zilele în care trăim fac ca soțiile să pară mai obosite la această vârstă, datorită grijilor pentru casă. Insatisfacția și privarea în domeniul intimității afective le fac să simtă repulsie pentru acest aspect al vieții și chiar pentru soțul ce a fost cândva tandru și cald. Se concentrează major pe reușita copiilor și, din păcate, propria frustrare se repercutează negativ, programându-i pe aceștia la nefericire conjugală: le prezintă rolul parental ca pe ceva ce se acceptă precum o povară, iar viața de părinte – plină de greutate și dezamăgiri, așa încât tânărul se simte, pe de-o parte – din start, dezinteresat de ideea familiei, iar pe de alta – întrucâtva vinovat de nefericirea părinților („*dacă nu erați voi, nu stăteam eu cu el (ea), mă despărțeam demult și eram și eu astăzi cineva*”). Nimic nu mai este sigur, toate valorile cuplului sunt răsturnate – curățenia, rânduiala, bucuria, înlăturarea obscenității, seninătatea, înfrânarea instinctelor, comuniunea firească a celor două sexe sau atașamentul de nezdruccinat.

● **După 55 de ani**, rolul parental se dilată cu acela de bunic sau suportă corecții frustrante legate de plecarea copiilor. Peste acestea, apare și criza identității profesionale – perioada pensionării, care, mai ales pentru majoritatea bărbaților, este greu de suportat. Ideea că viața sexuală încetează la 60 de ani este greșită, deoarece un cuplu ce a avut o relație cristalizată va suferi mai puțin din pricina devitalizării fiziologice, aceasta putând fi înlocuită de accentuarea tandreții în înțelegerea exactă a dorințelor fizice ale celuilalt (după I. Mitrofan și N. Mitrofan).

Din păcate, aceasta este și perioada la care își fac simțită prezența anumite disfuncții somatice, care necesită ulterior tratament continuu și susținut. Cel în cauză trăiește atunci sentimente ce se succed de la agresivitate (acel „*De ce mie?*”) până la anxietate și, ulterior, depresie. Revolta și afectele puternice îi determină reprimarea sexualității. Mai intervine și resemnarea, cu acel „*nimic nu mai are rost*” atâta timp cât „*nu mai sunt perfect*”, cu posibile nuanțe de autopedeapsă pentru propria boală prin privarea de aspectele intimității. Ulterior, se instituie egocentrismul, cu restrângerea orizontului și creșterea cenesteziei. Individul ajunge să-și pună problema dacă nu cumva viața sexuală normală îi cere prea mult efort, „*acaparându-i*” din rezervele fizice. Cu timpul, apare o inhibiție reflexă și scăderea dorinței, ceea ce determină un eșec la proxima încercare. Capriciozitatea exagerată, dublată de evaziunea în suferință, contribuie la instalarea acestui cerc vicios. Nu este vorba de un caracter peiorativ, ci constă în demisionarea de la obligațiile conjugale, regresia nevrotică având ca scop anularea responsabilităților, ea fiind totodată un mijloc de a scăpa de dificultățile inerente.

Exemplu: E.V., 53 de ani, diagnosticat recent cu hipertensiune arterială. Având o fire activă, i-a fost greu, resimțind dureros acceptarea ideii de tratament continuu. După un an, grija pentru sănătate – și pentru propria persoană, în general – l-a făcut să se retragă treptat din cât mai multe activități, să se izoleze și să se refugieze în compătimirile soției, modificându-și personalitatea din dorința de a fi ocrotit. Diagnosticul devenise o scuză pentru neparticiparea la viața intimă, ce îi apărea acum prea „obositoare”. După doi ani, în care sub influența tratamentului corect boala nu și-a mai făcut simțită prezența, a devenit „leu” și, revigorat, a început o nouă relație. Soția nu mai prezenta interes, căci amintea de acea perioadă neplăcută când s-a lăsat îngrijit, rejectarea ei exprimând respingerea simbolică a simptomelor.

Datorită anxietății crescute în raport cu actul sexual pe care nu îl mai „practicase” de mult, dublată de frumusețea noii partenere, încercarea s-a finalizat cu eșec. „Profeția autoîmplinită” a fost întreținută de rușinea față de vitalitatea tinerei. S-a întors dezamăgit la soție (care, de altfel, nu bănuia nimic!) și s-a refugiat și mai adânc în suferința – mai mult construită decât reală, așteptând dezmiertările acesteia. Evadarea în boală a crescut egoismul și introversia, anulând orice șansă ca cel în cauză să-și dorească autentic remisii tulburării sexuale, îngreunând restabilirea unei comunicări cu soția – de pe pozițiile unui echilibru matur al afectivității.

9.3. Funcția securizantă a căsătoriei

Indiferent de vârstă, căutăm asiduu un răspuns la întrebarea: „Ce înseamnă căsătoria?”. Se spune că ceea ce a selectat natura este perfect... „*e în legea firii*”... „*așa trebuie să fie*”... „*vine vremea când*”..., mergând până la explicații iraționale, de

tipul „*săptămâna oarbă*“. La baza oricărui act uman există motivația. Este interesant să pătrundem în „hățișul“ ideilor-forță ale inconștientului nostru, spre a afla ce înseamnă acea expresie din bătrâni „*ce e al tău e pus deoparte*“.

Rămânem stupefiați când aflăm că prietenii noștri, cu care ieri am fost în concediu și totul mergea perfect, mâine divorțează. Și ne mirăm când cupluri ce te aștepti să se separe după fiecare nouă ceartă, merg înainte și, parcă în ciuda tuturor, îi vezi realizând ceva împreună. Vrem explicații și nu știm unde să le căutăm. Atunci, resimțim anxiogen ceea ce li se întâmplă celor din jur. Frica te face să te aperi. Căutăm acut soluții securizante. Societatea în sine, cu capcanele și mirajele lumii moderne, libertine, „deschise“, ne face să ne simțim neapărați.

Ne confruntăm frecvent cu situații de tipul: „*femeie puțin trecut de patruzeci de ani, cu doi-trei copii... climat familial de tensiune și conflictualitate latentă, ajungând la violență fizică... indiferență afectivă a soțului, mergând până la jignire și dispreț...*“. Imediat, întrebarea firească: „*De ce mai stau împreună?*“. Primul lucru la care ne gândim sunt explicațiile materiale: casa, mobila, veniturile, nevoia de bani. Apoi, ne vin în minte sintagmele: „*pentru copii... cum să crească fără tată?*...“. Există, totuși, cupluri la care nu regăsim nimic din toate acestea și curiozitatea persistă. Nu rămâne decât o unică explicație: „*rău cu rău, dar mai rău fără rău*“. În traducere psihologică: frica de singurătate, ideea de a fi „în rândul lumii“, de a fi încadrat în „normal“. Percepția socială influențează autopercepția: „*are EA ceva, de se poartă EL așa*“. Și, imediat, cea în cauză, considerându-se vizată, dezvoltă ca pentru apărare un mecanism de tipul: „mai bine așa, decât să recunosc că eu sunt altfel“.

O altă explicație invocată în prelungirea agoniei unei căsătorii este mila: „*nu pot să-i fac asta... nu se poate descurca fără mine... ce-o să se întâmple cu EL (EA) dacă-l (-o) părăsesc?*“. De cele mai multe ori, astfel de gânduri nu au o bază reală. Ele sfidează iubirea autentică, matură și completă, demonstrând neîncrederea, poate chiar disprețul față de firea celuilalt. Sub apanajul altruismului, uneori se ascunde o modalitate a celui în cauză de a se securiza pe sine. Având grijă de altul, devii mai puternic în proprii ochi, aceasta satisfăcând într-o formă deghizată dorința de putere. Dacă celălalt se erijează perfect în rolul de „neajutorat“, nu este o motivație suficientă pentru echilibrul instabil al cuplului?

În astfel de cazuri, căsnicia rezistă, deoarece sunt satisfăcute anumite dorințe, sentimente, vise, ce amintesc de figura parentală marcantă. Atâta timp cât pentru unul din parteneri căsătoria reproduce climatul copilăriei, această afectivitate cerută și primită în mod imatur devine singura rațiune de existență. Privit din exterior, cei doi nu realizează nimic împreună, nu se maturizează și nu se transformă, totuși rezistă, mai ales datorită anumitor gesturi sau cuvinte calde, cu conotații ludice, devenite aproape ritualuri. Aceste aspecte cu rădăcini imemoriabile se regăsesc la partenerii despre care se spune că nu se înțeleg decât în plan sexual. Este doar o impresie. Ei își satisfac reciproc nevoia de securitate ce le-a fost refuzată timpuriu.

Nu în ultimul rând ar fi interesant să amintim ce-i determină pe unii tineri să trimită partenerului (parteneriei) mesaje de genul: „*Dacă în trei luni nu te căsătorești cu mine îl (o) iau pe X*“. Din leagăn și până în ultima clipă a vieții ne dorim să resimțim homeostazia emoțională. În funcție de vârstă, trebuințele afective îmbracă diferite forme. Poate că aceste ultimatumuri nu sunt decât expresia disperării existențiale. Oare chiar trebuie să optăm între securitate și iubire? Sau le vom regăsi în aceeași corabie?...

9.4. Obişnuinţa

9.4.1. Miturile unei căsnicii fericite

Amintindu-ne maxima lui Anaxarh – „*non liquet, nil potius*” (*nimic nu e sigur, nimic nu există mai degrabă*) – ne dăm seama că sub acest semn se situează viaţa psihică la nivel conştient. Psihologii, filozofii şi chiar oamenii de rând, mai cu seamă bătrânii, care cred că au cunoscut şi au trăit totul, vorbesc cu acea superioritate caracteristică despre experienţele umane: „*ce e val ca valul trece*”. Întreaga epocă modernă postulează RAȚIUNEA ca principiu gata demonstrat, ce poate stăpâni instinctele în orice moment şi este evocat acel „*trebuie*”, care nu reprezintă altceva decât un aspect particular al unui Supra-Eu puternic. Există teama fiecăruia ca nu cumva să fi ieşit, în vreun fel, din „*limite*”; în condiţiile lumii moderne, „*a fi conştient*” devine sinonim cu „*a fi rațional*”. Ar fi absurd să transformăm o pledoarie pentru normalitate într-o pledoarie exclusiv pentru realitate! În ceea ce priveşte viaţa de cuplu, unu plus unu nu trebuie să facă niciodată doi, căci atunci ne aflăm pe teritoriul înstrăinării, al lipsei de iubire (I. Mitrofan şi N. Mitrofan, 1994).

Singurul lucru adevărat în ceea ce priveşte existenţa rămâne incertitudinea (a nu se înţelege nesiguranţa!). Judecata morală, raţiunea sau dezvoltarea, sub orice aspect, se bazează pe acest apriorism. Există o frică acută ca nu cumva „*măine*” să te facă să regreti decizia zilei de azi.

Ne învăluie o circumspecţie de fond, ce acţionează la limita conştiinţei – discret, dar suficient; oamenii se tem de „*definitiv*”, în orice relaţie interumană se încearcă „*o porţiţă*”, se caută peste tot drumuri, variante, căci, dincolo de raţiune, intuiţia rămâne un indicator fidel al operatorului logic conştient „*POATE*”. Eu-ri fragile, grefate pe incertitudinea existenţială de fond, pendulează între „*se poate*” şi „*s-ar putea*”, traductorul fidel al acestor personalităţi NEDEFINITE rămânând afectivitatea lor, sub variatele ei aspecte.

Încercând să analizăm bine cunoscuta „*obişnuinţă*” apărută după câţiva ani de căsnicie, ajungem la ideea că este necesară, între anumite limite, atunci când exprimă aspectul acomodării mutuale, fiind un feedback prin asigurarea consensului valoric, atitudinal şi motivaţional al homeostaziei emoţionale a cuplului.

Sub aspectele ei negative, se comută de la dezvoltarea dată de exercitarea rolului conjugal spre pierderea autonomiei. Este greu de stabilit cauzalitatea autentică şi, anume, dacă obişnuinţa în cadrul cuplului generează structuri de personalitate dependente sau dacă personalităţile dependente sunt cele ce cad cu uşurinţă în mirajul dat de aspectele pozitive ale acomodării. O astfel de fire omite beneficul inedit în viaţa de cuplu, temându-se de imprevizibil, creându-şi din obişnuinţă o pavăză pentru viabilitatea relaţiei. Orice minimă problemă apărută pe acest fond este consecinţa desincronizării partenerilor, iar dacă există şi motive latente în inconştientul unuia dintre cei doi, se ajunge până la stagnarea dezvoltării acestuia, căci tulburarea în fluxul relaţional reactivează aspecte obscure refulate.

Pe plan conştient, cauza direct sesizată de partener se formulează de tipul: „*monotonie, rutină, inflexibilitatea CELUIALT*”. Şi astfel, mica problemă apărută în cuplu trimite direct la nesatisfacerea unei nevoi inconştiente de securitate.

În același timp, există și o frică a celor doi de maturizare. Obişnuința satisface trebuința de siguranță într-un mod deformat, și anume: „*mai bine într-un iad cunoscut, decât în necunoscut*”. În profunzime, există teama de a nu fi capabili de adaptare sau, din contră, frica de schimbare radicală. Familia are nevoie de ideea obişnuinței, căci dincolo de posibila imaturitate a celor doi există fragilitatea diadei – astfel, frecvențele neînțelegeri apărute arată că acest cuplu există; faptul că are probleme exprimă, totuși, ființarea lui ca structură; de aici, mai este un singur pas până când partenerii ajung să creadă că rezolvarea unei mici neînțelegeri este singura rațiune de coabitare (după I. Mitrofan și N. Mitrofan). În subsidiar, regăsim dorința unuia de a „câștiga” în mica dispută, de a avea dreptate cu orice preț. Este deci vorba despre o formă deghizată de autoconfirmare ce, de la nivel individual inconștient, perturbă motivația căsătoriei.

În afara factorilor de sorginte individuală inconștientă mai sunt și alții împotriva cărora (deși conștientizați) este greu de luptat, anticiparea și predicția lor fiind extrem de redusă.

Pe de-o parte, este vizat modelul diadei părinților, care exprimă aspectul superior și matur ce urmează rezolvării problemelor copilăriei, acel „*a nu distruge iubirile*” aparent divergente ale perioadei infantile, ci a le integra, imprimându-le un sens – respectul și venerația față de cuplul parental, căci ele reprezintă reminiscențe ale mecanismului de identificare. În virtutea acestei idei, unul dintre parteneri dorește să asimileze în cadrul familiei sale un aspect, o caracteristică, un atribut și să-și transforme propriul cuplu pe baza respectivului model.

Pe de altă parte, este vorba de expectațiile în raport cu partenerul, expectații ce se constituie treptat, pornind de la formele involutare ale reveriei diurne și terminând cu imaginația creatoare ce vizează construcția drumului propriu de viață. Aceste aspecte ce intră în alcătuirea complexului motivațional al personalității, deși sunt exprimări ale unui EU matur, integrează dorințe uitate ale copilăriei. Aura de mister și hiperputere împrumutată de la personajele cu rol odinioară marcant poate crea tulburări la orice nivel al afectivității, la întâlnirea cu realitatea și cu realul partener.

„Miturile” unei căsătorii fericite sunt de fapt standarde, ca niște obstacole mult prea înalte pe care și le fixează partenerii, ulterior trăind cu eșecul neatingerii lor. Ele sunt alimentate de dorințele nesatisfăcute ce apar proiectate la adolescență ca aspirații necesare, păstrându-și de fapt conținutul fantasmatic. Le este cunoscută valoarea disfuncțională, deoarece, deși sunt percepute conștient, acționează la limită cu subconștientul, având valență nevrotogenă prin caracterul lor persuasiv.

O altă cauză a insuccesului unei relații este ideea unuia dintre cei doi, conform căreia există „*unul și numai unul*” din posibillii parteneri cu care viața, în ansamblul ei, ar fi reușită. Din păcate, această căutare devine un scop în sine, nu doar un mijloc pentru atingerea fericirii, exagerându-se rolul personal, omițându-se faptul că împlinirea este rodul strădaniilor ambilor parteneri, nu rezultatul unui copilăresc „vreau”.

Uneori, la apariția unei probleme în cuplu poate contribui și convingerea cuiva că el este deosebit; fiecare individ, odată ajuns la maturitate, are senzația că nimeni nu mai poate iubi cum iubește el, că nimeni nu mai are aceeași capacitate de a (se) dăruia. Este greșită credința conform căreia aceasta este premisa suficientă pentru trănicia legăturii și pentru siguranța eradicării neînțelegerilor. Dincolo de o anumită limită, această convingere poate induce disfuncționalități, deoarece ca un aspect al Eu-lui în cauză se conturează egoismul.

Ideea poate fi transpusă la nivelul familiei; partenerul în cauză percepe cuplul ca „intangibil” în raport cu fluctuațiile drumului vieții. Se conturează o personalitate narcisică: „*eu sunt deosebit, eu nu pot greși și, dacă te iubesc, asta te face special(ă)*”. Este un fel de negare a realității și a problemelor autentice de la care nimeni nu se poate sustrage. Dacă aura de imuabilitate nu este perfectă, în mintea celui în cauză apare „necesitatea” schimbării partenerului. Până la un punct, celălalt poate fi cuprins în acest miraj al idealității „în doi”, dar chiar dacă este vorba de o personalitate dependentă, aceasta nu acceptă automat și transformarea sa. Atâta vreme cât „resursele răbdării” permit, există aspectul de falsă liniște, de calm aparent.

Ca epilog putem aminti că atracția irezistibilă sau timiditatea, nevoia înconștientă de valorizare sau agresivitatea față de partener(ă) în formele ei mascate exprimă experiențe uitate, percepții subliminale. Tot ce poate fi dureros își are explicația în UMBRĂ, ca latură „perfidă” a personalității, pe care fiecare încearcă să o ascundă.

9.4.2. Dragostea perpetuă

Plafonarea afectivă este bine cunoscută în familie – atât cu aspectele ei pozitive – „*ne cunoaștem de-o viață*” – cât și cu cele negative – „*nu mai aștept nimic nou de la celălalt*”. Trebuie să nu uităm niciodată că, deși puține cupluri ajung să afirme precum Adam la mormântul Evei, „**acolo unde este ea acolo este raiul**” (Mark Twain), totuși „**dragostea se poate atenua, dar niciodată nu moare**”.

Este o formă deghizată a sadismului să disprețuiești ceea ce ai iubit cândva. Auzim la tot pasul expresii de tipul „*cum am putut să o iubesc?*” sau, și mai rău, „*cum am putut să mă căsătoresc cu ea?*”. Unii cred că este maturitate – „*eram un puști, nu știam ce fac; îmi luase Dumnezeu mințile; mi-a trecut*”. Alții ar putea spune că este un mecanism de apărare, căci, la urma urmei, ai pierdut ceva, ori, conform legii nescrise înconștiente, fiecare își dorește partenerul total.

Adevărata maturitate presupune să nu râzi de ceea ce ai stimat, căci în acea iubire s-a pierdut, s-a mistuit o parte din tine. E ca și cum te-ai amuza de o ipostază a ta, aceea de copil nedefinit, ce frizează puritatea apriorică. Pe de altă parte, aura de mister a romanelor adolescenței te pregătește subtil pentru suferință. Există o teamă anticipativă, amestecată cu o dorință refulată de respingere și rejectare, frica unui eșec afectiv relațional – ce se programează.

La sfârșitul unei relații, nimic nu moare, doar că aspectele pozitive sunt îngropate în favoarea orgoliilor și a instinctului de răzbunare. Sexul însuși ajunge un mijloc de răzbunare.

Pe de altă parte, atașamentul platonice nu există decât la nivel absolut. În real, dragostea matură nu apare decât o dată cu deplina cunoaștere a celuilalt și nu te poți plictisi de un partener pe care îl iubești, căci trecerea anilor și modificările fiziologice vârstei nu pot modifica și sufletul, care rămâne tânăr, antrenat de descoperirea evoluției în doi. Cei ce afirmă că la începutul relației aspectele intime erau perfecte, dar s-au deteriorat cu timpul, trebuie să-și pună, fără riscul rușinii, întrebarea: „*Eu știu, oare, să iubesc?*”. Fiecare iubim ceva, nu poți trăi altfel, iar în final, în sens psihanalitic, *iubești ceea ce vrei să iubești*.

O disfuncție sexual-afectivă, apărută în cuplu, nu poate fi niciodată consecința „stingerii” dragostei, ci poate urma după două situații:

- fie dragostea nu a existat niciodată, ci a fost doar acel copilăresc „*îl (o) vreau!*”
- fie ea nu a murit, e doar îngropată sub aspectele exterioare sau interioare ale uniunii ascunse dintre ură și iubire.

Indiferent de decizia rațională de a rupe orice punte de legătură cu amintirile ce sălășluiesc în ascunsul sufletului, dragostea știe cum să-și facă simțite rădăcinile, căci „dacă Dumnezeu păzește cetatea, în zadar se zbat muritorii”.

9.5. Minciuna

9.5.1. Protecție?... Gelozie?... Trădare?...

În fiecare din noi există, aparent sub forme cât mai inofensive, ideea „poziției privilegiate” în cuplu. Și, pentru a avea control asupra evenimentelor vieții, trebuie să știi și să cunoști cât mai multe despre partener. Din acest punct de vedere, orice lucru ascuns de celălalt, de multe ori cu scop protector, oricât de minor ar fi, te situează imediat în „deficit informațional”.

De aici decurg frustrările însoțite de sentimentul singurătății, izolarea, blocarea comunicării afective, ruperea punților emoționale... „*nu mi-a spus*”,... „*mă crede un copil*”,... „*nu a avut încredere în mine*” – sintagme destule pentru fragilizarea emoțională a unei personalități nehotărâte între „a domina” și „a fi dominată”.

Cu atât mai rău se întâmplă lucrurile când unul din parteneri ascunde „o aventură” sau o relație paralelă de mai lungă durată.

Există o întreagă literatură țesută în jurul „celebrelor” cuvinte: „*m-ai mințit!*”. Oamenii reacționează diferit, iar conotațiile și „auxiliarele” cuvântului „minciună” au o paletă largă de exprimare de la „mda”-ul, cu multe subînțelesuri, la idei întretăiate haotic de tipul: „*mi-a ajuns*”,... „*s-a sfârșit*”,... „*niciodată*”,... „*trădare*”,... „*suicid*”... Undeva, s-a creat o rană ce va lăcrima mereu spre aducere-aminte. „*Eu pot să iert, dar nu pot să uit*” – răsună conștient sau nu în fiecare. Întrebarea firească este: „**în sufletul cui este o rană mai mare?**”.

Suntem obișnuiți să gândim că cel ce minte este rău, cu agresivitate latentă, meschin, poate chiar machiavelic, uzează de subterfugii cu inteligență diabolică, este „lipsit de suflet”, inuman, rănește cu bună știință și savurează durerea. Oare minciuna lovește atât de tare încât să îndreptățească o asemenea caracterizare?

Ce-ar fi să privim puțin reversul medaliei? Aproape întotdeauna „a minți” înseamnă o treaptă peste „a ascunde”, iar „a ascunde” decurge logic din „am greșit”. Gelozia ne prinde, nu de puține ori, în mrejele ei, „sfătuindu-ne” la lucruri de care nu ne credeam capabili: „...*o (îl) voi urmări*”,... „*trebuie să aflu*”,... „*simt că mă înșală*”... Și toate astea, pentru că vâlul iubirii s-a amprentat de ideea posibilei minciuni.

Dragostea adevărată deschide porțile percepției extrasenzoriale, făcându-te permeabil la orice minimă modificare a stării afective a partenerului: „*eu simt că se întâmplă ceva*”. Și cel mai rău lucru care se poate întâmpla este ALTA (ALTUL). Presiunea psihică generată de suspiciune duce la acel „*trebuie să aflu cât mai repede*”, conform ideii „*mai bine sfârșitul groaznic decât groaza fără de sfârșit*”. Este imposibil să-i spui unui suflet rănit și chinuit de incertitudine: „*Așteaptă! Timpul este cel mai bun sfătuitoare!*”.

Dar ce se întâmplă în inima celui alt? Când ascunzi ceva, îngropi în tine anumite sentimente, îți cenzurezi gândurile, devii fricos, sensibil, închis, hiperatent la criticile sau simplele remarci ale partenerului, este acea poziție permanentă „de apărare”. Ascunzând relația cu „celaltă” („celălalt”), cel în cauză își apără de fapt incertitudinea,

nehotărârea, nesiguranța, propriul chin. Minciuna este de fapt un substitut pentru cuvântul drastic: „ALEGE!”, un compromis ce se grefează frecvent pe o structură imatură sau labilă emoțional.

Un om care minte, ascunde sau „se ascunde” de explicații este de fapt presat de ideea opțiunii... este neîncrezător în propriul Eu și în propriile decizii, temător de trecut, dar și de viitor. Exprimă de fapt un neputincios în fața sentimentelor, prea slab pentru a da piept cu viața, vrând să prelungească la nesfârșit clipa prezentă. Nu este, oare, aceasta o rană mai mare? Este inutil a-l forța „să mărturisească”, deoarece, din păcate, mai devreme sau mai târziu, broderia de minciuni se va rupe sub majora greutate a vinovăției.

9.5.2. Trebuie să aflui adevărul?

Există o lege nescrisă în ceea ce privește relațiile unui cuplu, care, deși e formulată copilărește, este autentică: **„Dacă trebuie să afli ceva, atunci vei afla cu siguranță și la momentul potrivit!”**.

Poate partenerul a avut mai multe legături accidentale, ocazionale sau „în delegație” – cum se mai glumește între prieteni. Este imposibil de elucidat întru totul psihologia masculină și, mai ales, este greu de aflat autenticul motiv – dorința de a experimenta „ceva nou”, „nevoile fiziologice”, acel termen de argou „să mai schimbăm și noi” sau cedarea sub presiunile colegilor: „ce, ești sub papucul nevastii?”. Bineînțeles că toate acestea dovedesc imaturitate afectivă, dar, atâta timp cât este un moment de descumpănire departe de casă, viața de cuplu poate fi salvată. Dacă cel în cauză conștientizează slăbiciunea avută, pentru care nu este dispus să sacrifice integritatea și valoarea familiei, nimic din firea sa nu se va modifica. În consecință, soția nu va bănuși nimic și, poate, nici nu are rost să bănuiască.

De asemenea, este greu de înțeles și complicatul suflet feminin, deoarece și ele „au dreptul”, ca și bărbații, la astfel de „întâmplări” ocazionale, dar, pe de altă parte, să nu uităm că „o femeie nu înșală decât un bărbat pe care îl iubește; pe ceilalți îi părăsește pur și simplu”.

Dacă noua relație este ceva serios, atunci cel în cauză se va schimba. De la banala morocâneală – gen „n-am chef de nimic” – până la apariția unei tulburări sexuale cu soția. Apare o comunicare deformată, alcătuită din paramesaje: uneori încearcă să se poarte excesiv de tandru, fiind pe de-o parte în căutarea dragostei pe care o crede pierdută, pe de alta, pentru că se știe cu conștiința încărcată. În alte situații, îi cere insistent să se schimbe, spre a semăna tot mai mult cu *cealaltă*, sau îi transmite anumite mesaje, pe care ar dori să le spună noii iubite.

Și dacă această transformare a inimii sale este atât de puternică, soția va ști, cu siguranță, că este ceva în neregulă. Când este vorba de o personalitate matură, ceea ce va urma va fi consecința deciziei conștiente și responsabile a fiecăruia dintre ei. Dar, măcar au rămas în urmă clipele frumoase, neumbrite de temeri nejustificate și angoasante, care ar putea fi rodul nevoii inconștiente de suferință. Dragostea are voie să se atenueze, dar autostima și demnitatea – niciodată.

Dramele ce pot apărea la cel ce se simte părăsit vor trena și în următoarea legătură, când, de fapt, în spatele substratului abandonului există autenticul: „de ce eu?: de ce mie?”. Este vorba de o personalitate narcisică, ce are mereu nevoie de valorizare și apreciere. Acesta ar fi cazul tinerei N. C., de 30 de ani, pentru care

problema majoră nu este soțul, ci **ea însăși**: este o structura dependentă, care luptă totuși împotriva propriei firi, încercând să adune cât mai multe realizări spre a se convinge că este capabilă. Din păcate, când greutățile o depășesc, recunoaște că s-a străduit prea mult și că se simte nesigură. După ce soțul s-a implicat într-o relație cu o altă parteneră, a suferit de la pierderea autostimei până la constituirea unei autentice reacții depresive. Trece cu ușurință în cealaltă extremă, devalorizându-se complet, după ce, anterior, gândea că ea, înzestrată cu toate calitățile, nu putea păți așa ceva.

Oscilarea dovedește ambivalență, perpetuată ulterior divorțului în noua relație – agresivitate dublată de incapacitatea de a renunța. Ea **are nevoie** de noul bărbat, indiferent de calitatea legăturii, spre a uita *afrontul narcisic*. Din acest punct de vedere, unirea efectivă (acuplarea) cu noul partener, o percepe ca fiind, deși fără satisfacție legitimă, ca un zid de apărare de care se izbesc valurile dorinței, asigurându-i astfel un *pașnic adăpost*.

9.5.3. Iubirea intimității sau intimitatea iubirii?

Zilnic, ne gândim cum ar fi dacă am putea găsi noi sensuri ale cuvântului „intimitate”. Există, oare, o relație direct proporțională între aceasta și dragoste? Poate ființa, oare, intimitatea fără dragoste? Sau dragostea poate „trona” în afara intimității? Avem de ce ne jena în fața acestui cuvânt? Este adevărată coexistența unei intimități fizice cu una spirituală?

Vom începe prin a gândi sau regândi raportul dintre cunoașterea partenerului și crearea apropierii în cuplu. Pentru a înțelege plenar conotațiile acestui cuvânt, trebuie să-i acceptăm rădăcinile amniotice..., intimitatea absolută, securizantă, idealizată și idolatrizată a protecției materne. Pierdută devreme, va mai putea fi ea regăsită vreodată, transformată, sub greutatea anilor, în legătura cu celălalt?

Cel mai banal sens al acestui termen este întâlnit în sintagma „relație intimă”... „ei au o relație intimă”... Din păcate, ne-am obișnuit să ni se pară peiorativ, să regăsim aici caracterul acuzator al colectivității, mergând până la aspecte absurde de genul „notelor de degradare morală” pe care le-ar conține intimitatea.

Dar să depășim această concepție nedemnă de societatea zilelor noastre și să încercăm să explicităm tendințele cuplurilor moderne de a înțelege intimitatea. Iubirea absolută presupune eliminarea granițelor și desființarea zonelor de penumbră. Din păcate, acest deziderat a fost înțeles greșit. Ideea „cuplului monden” și a „libertății” partenerului nu numai că a căpătat deformări ridicole, dar a și întinat aria intimității cu exemple de tipul: *EL... își înșală partenera („context de situații”... „necesitate de afaceri”...), după care îi povestește „cuminte” tot ce s-a întâmplat, cu scopul reclădirii relației pe baze „mai solide”, în virtutea unei sincerități prost înțelese. EA... începe ca din greșală o relație cu un altul, mai în vârstă, cu situație socială... iar după câteva luni, chinuită de dezolarea propriei decăderi, cere „sprijinul” bărbatului, mărturisindu-i-se spre a obține înțelegere și iertare*. Astfel de personalități își poartă povara imaturității sau a fragilității, amprentate de mirajele perioadei de tranziție. Aici, sinceritatea este o construcție șubredă, în care dorința ca soțul să fie și partener, și confident amintește de copilărie.

Dacă punem semnul echivalenței între depistarea misterelor inconștientului celuilalt și intimitatea cu acesta, ne situăm într-o iluzie. Tot așa cum este o himeră „vânătoarea” în scopul de a-ți cunoaște cât mai bine partenerul. Intimitatea nu se

câștigă nici măcar cu arma inteligenței. Ea este mai mult oferită decât „smulsă“, mai mult primită decât „furată“.

Numai comunicarea autentică și asociația liberă a fantasmelor erotice împlinește dezideratul rezonanței empatice, întregind intimitatea.

Situațiile în care i se cere celuilalt să-și mărturisească visele, dorințele uitate, satisfacțiile copilăriei sau complexele adolescenței contribuie doar aparent la creșterea apropierii. Prin desființarea barierelor mentale se dorește alăturarea concretă. În unele relații, în care funcționează patternuri inconștiente incestuoase, se merge până la a-i povesti partenerei (-ului) aspecte particulare ale apropierii fizice din relațiile anterioare sau paralele. Este vorba de manipularea și specularea aspectelor patologice ale celuilalt pe linie sado-masochistă. Dacă nu abdicăm de la morală și bun-simț, greșim, oare, numind aceasta *obsценitate* ?

Mergând pe aceeași linie, în încercarea de analiză a corelatelor intimității, ne vom referi, deși cu nuanțe ilare, la un concept care actualmente place foarte mult: *democrație*. Dacă o dorim în politică, în viața socială și ierarhia socială de la serviciu, de ce nu am instaura-o și în familie?

Găsim cupluri de vârstă medie, „plictisite“ de contactele pe care le resimt ca o stavilă (pierdere de timp în realizarea plenară pe plan profesional sau material), dar care vorbesc „sfătuitor“ și atotștiutor despre libertatea celuilalt, participarea egală la luarea deciziilor și păstrarea independenței de opinie... *a nu transforma sau a nu te transforma* după partener. Și toate astea, reunite sub conceptul modern al democrației. Totul este perfect, ca în teorie, de altfel. Dar atunci, unde este și cum rămâne cu intimitatea?

Din păcate, dacă nu experimentezi, cunoașterea celuilalt devine... un FALS TRATAT DE VÂNĂTOARE.

9.5.4. „Iartă-mă“ – în numele imaturității

„Judecat cu rigoare, nu poate exista PĂCAT decât printr-o raportare greșită a sufletului la senzație și nicidecum păcat care să-și aibă începutul în sine însuși“.

Este interesant de analizat în cadrul relațiilor de cuplu acel „*m-ai înșelat*“, pornind de la suicidul Annei Karenina și terminând cu laitmotivul lui Minulescu: „Te voi ierta/E vechi păcatul/Și nu ești prima vinovată“. Din tot ce înseamnă *trădare* în cuplu, ne vom opri asupra aspectului particular pe care îl constituie înțelegerea deformată a ceea ce reprezintă COMUNICAREA.

În forma ei **matură**, aceasta se întinde până la fuziunea mutuală și nu se transformă în persuadarea celuilalt. În schimb, o **personalitate imatură** pierde granița dintre analiza problemelor de cuplu și transformarea celuilalt într-un „ascultător fidel“ sau într-un fel de „înger păzitor“. O astfel de structură poate îmbrăca diferite aspecte: de la *dependență* până la o *personalitate de tip Don Juan*, cu tendințe subsidiare histrionice sau narcisice. Astfel, fie datorită psihicului său, fie datorită unor cauze „externe“ (care de fapt sunt rezultanta factorilor interni), cel în cauză poate ajunge la ceea ce în limbaj comun numim „a-și înșela partenerul“. Pentru cel dependent, gestul simbolizează nevoia permanentei altcuiva. Este un mod deformat și care respectă tipul

de reacție al copilului, de revoltă asupra sieși. Încercarea este nereușită, iar sentimentele de vinovăție se însoțesc cu tulburări afective majore și chiar cu suferințe somatice.

Ca o ultimă încercare de a-și rezolva noua problemă, se destăinuie partenerului. Acesta poate înțelege și el greșit ideea comunicării în cuplu, ajungând să creadă că este vorba de o „încredere” ce i se acorda. Dacă și la nivelul propriei structuri există o cât de mică oscilare în asumarea rolului, dependența, sub forma falsei încrederi, ia locul autenticei iubiri, prin identificarea cu „sfătuitorul”, din încercarea de a repara drama interioară a unui abandon afectiv.

„Greșeala” este frecvent „iertată”. Sunt invocate tot felul de „circumstanțe atenuante”, rutini, „*s-au mai văzut cazuri*”, cei doi dorind să se convingă asupra faptului că au depășit cu maturitate acest impas. Cert, este una din „încercările” prin care trece un cuplu, dar de cele mai multe ori hotărârea de a merge mai departe se ia pe motivații neconștientizate de dependență și nevoie de dependență. „Plata” este o tulburare a sexualității normale. Efectele sunt mai puțin grave pentru cel ce a jucat în „dubla legătură”, căci personalitatea sa imatură îl face să considere că, dacă cere insistent iertare, trebuie să fie iertat. Comportamentul său infantil este de tipul „*celălalt trebuie să-mi satisfacă toate dorințele și, dacă vreau să uite, trebuie să uite*”. Din păcate, în aceste cazuri se contrazice legea „*uitarea este un fenomen general uman*” și ca urmare, inhibarea sexual-afectivă a celui alt traduce de fapt acel „*pot să iert, dar nu pot să uit*”.

Pentru exemplificare, luăm cazul lui A. C., 27 de ani, căsătorită de patru ani. Încercând să-și facă un bilanț, a ajuns la concluzia că „*ceva nu merge*”, că nu este fericită. Dar, în același timp, structura ei de personalitate dependentă o făcea să nu se poată gândi la un divorț. La aceasta s-a adăugat și concepția populară: „*o femeie deșteaptă nu părăsește niciodată un bărbat până nu-și găsește un altul*” (sintagma exprimând, de fapt, pe ocolite, ideea eternă a subordonării „sexului slab”).

Într-un moment de supărare, s-a hotărât pentru o relație cu un nou partener. Nu era, în nici un caz, dorința de a experimenta pur și simplu, ci o încercare de a se elibera de „subjugarea” emoțională față de soț. Actul sexual „accidental” reprezintă răzbunarea, dar nu o răzbunare pe soț pentru „toate câte îi făcuse”, ci pe ea însăși, care, în ciuda deciziei conștiente, nu era în stare să renunțe la el. Este discutabil dacă bărbatul era în realitate „personajul rău” sau dacă structura ei dificilă percepea doar greșelile acestuia, spre a găsi în permanență un motiv de suferință.

Tentativa „de a se rupe” a fost nereușită. Anxietatea de autoculpă ce a urmat a fost atât de puternică încât a făcut-o să-i mărturisească. Soțul a reacționat în mod paradoxal: a afișat aura imparțialității, încercând s-o ajute „să-și conștientizeze” cauza pentru care l-a trădat.

Angoasa a dispărut ca prin minune, urmându-i laitmotivul „*M-ai iertat! Nu-i așa că m-ai iertat?! Eu sunt mică și nu știam ce fac*”. În perioada imediat următoare au existat momente de acalmie. După un timp însă, incompatibilitatea dintre rolul de soț și acela de confident i-au indus acestuia frecvente tulburări de dinamică sexuală, partenera considerându-se total nevinovată.

În analiza unui asemenea cuplu, accentul nu trebuie pus în principal pe distorsionarea comunicării, ci pe structura de personalitate a celor ce au indus-o.

9.6. Copilăria la răscruce – real și fantasmatic

„Dragostea înseamnă acceptarea, nu schimbarea personalității celuilalt“.

Atunci când ajungem la vârsta primei iubiri, fiecare încearcă, întâi din copilărie, apoi frizând cochetăria, să-și găsească un fel propriu de a se exprima, de a fi un EU care, la adolescență trebuie să *cucerească* sau să *se lase cucerit*. Sunt niște mecanisme latente, ce acționează ca de la sine, învățându-te cum trebuie să te miști, să vorbești, să-ți îndrepți șuvița de păr, când trebuie să râzi, să plângi, să minți puțin, unde și cât să accepți – ca să plăci celuilalt. Este felul propriu, șarmul sau farmecul personal, care poate stârni admirația sau chiar mirarea celor din jur. Celălalt se va îndrăgosti pentru toate la un loc.

Departe de a fi un simplu stil comportamental, aspirații latente se îndreaptă spre un mod de a fi: o tânără, pentru a plăcea, poate fi „fetița plângărească și mofturoasă“ sau „mama“ care trebuie să aibă grijă și să-l ocrotească pe celălalt. Un bărbat poate fi atotștiutor, jucându-se „de-a conducătorul“ sau poate fi „băiețelul nefericit“, căruia nimeni nu i-a îndeplinit niciodată dorințele (după I. Mitrofan și N. Mitrofan, 1994). Dincolo de fiecare rol în parte, după cum am mai spus, departe de a fi o simplă mască, transpun nevoi nesatisfăcute, fiind o încercare iluzorie de „A REUȘI“. Acest fel de a fi, conform principiului similitudinii sau complementarității (depinde de matricea inconștientă a fiecăruia), intervine decisiv în alegerea partenerului: este primul lucru care te atrage la celălalt; deși superficial, are rădăcini de necontestat.

Din această cauză, în planul sexualității, fiecare va avea același comportament. Fetița mofturoasă va fi tot timpul nemulțumită de partener, va cere și va refuza pe rând, sub diverse motive, ceea ce a avut anterior, jucându-se de-a „*lasă-mă și vino-ncoace*“. Băiatul nefericit va aștepta cuminte provocarea, pentru ca apoi să oscileze între fericirea faptului că a fost ales și golul lăsat de amintirea copilăriei cu rolul său de conducător.

Atât timp cât la nivel sexual aceste roluri funcționează perfect, cei doi evoluează, chiar dacă punctele fixațiilor infantile sunt evidente. Exista un echilibru dat de acceptarea mutuală a problemelor celuilalt.

Atunci când în numele iubirii sau al plictiselii, unul dintre parteneri consideră normal să-i ceară celuilalt să se schimbe, echilibrul s-a rupt: „*m-am plictisit de felul tău de-a fi!*“, „*ce ești tot timpul așa miorlăită?*“. Spre a-și apăra amintirile refutate, se stârnește o puternică reacție de rezistență. Pasul imediat următor este clacarea în domeniul sexual, indiferent de viața anterioară a cuplului. Cel ce s-a saturat să suporte ambivalența, reproșurile sau nesiguranța (acestea fiind, de fapt, elementele care l-au atras la început) se află în situația de a schimba un feteș în antifeteș.

Dorința de modelare a partenerului poate fi sugerată discret, sub aspectul „*este spre binele tău*“, „*trebuie să ne maturizăm*“ sau direct – motoul fiind obișnuința, plictiseala sau apariția **altcuiva** – sub aspectul brutal „*m-am saturat*“. În sufletul celuilalt, incendiul emoțional stârnit de critica percepută ca o respingere simbolică îi redeschide prăpastia imaturității.

Exemplu: E. C. și C. C. sunt căsătoriți de cinci ani (ea are 27 de ani, iar el – 31). De când s-au „*luat*“, mai exact de când s-au cunoscut, „funcțiile“ în cuplu au fost „*împărțite*“.

Ea: introvertă, cu multă circumspecție, se consideră de la 17 ani mult mai „mare”. cerebrală, autosuficientă, asumându-și generozitatea și modestia familiei de origine. Totuși, docilă și, paradoxal, înclinată spre deziluzie și tristețe, în ciuda supracompensării din viața reală – o femeie pe deplin împlinită profesional.

Ei: rolul „puiului” răsfățat de bunici, care i-au oferit chiar mai mult decât și-a dorit. La 31 de ani se consideră imatur, simte că nu ar putea suporta responsabilitatea „aparității copiilor” și nici chiar a propriei familii, dacă nu l-ar ajuta părinții.

Tulburarea sexual-afectivă a apărut în cuplu o dată cu moartea tatălui său. Consecutiv acestei suferințe interioare, a simțit că „trebuie să crească”, dar refuzând să înțeleagă că problema schimbării stă în sine însuși, o face responsabilă pe soție pentru „felul ei de-a fi”, care „îi înăbușă personalitatea”. Crezându-se dominat, nu-și mai poate exercita rolul conjugal. Alături de reacțiile și atitudinea de adolescent nonconformist, corelată cu teama că nu poate fi maleabil, **cere** cu disperare *schimbarea partenerii*.

Această nevoie de transformare apărută sub presiunea *travaliului de doliu* este alimentată de dorințe nesatisfăcute din copilărie, care proiectate la această vârstă, apar ca imperioase, când de fapt se întrevede clar aura fantasmelor.

9.7. Autoritatea – o cale de evoluție?

Există situații în care cauzalitatea autentică a neînțelegerilor familiale este atât de încorsetată în substituții inconștiente, încât cel în cauză, mai ales în virtutea unor „jocuri” ce amintesc de fixațiile infantile, nu se plânge de starea lui psihică. El rupe această problemă de restul dinamicii intrapsihice și, fie că o accentuează, fie că o diminuează prin raționalizări conștiente, are tendința de a-și compartimenta propria viață în speranța de a-și găsi alte puncte de echilibru.

Ca exemplu putem da soția autoritară, care de fapt nu-și acceptă autenticul rol de soție, ci doar pe acela de autoritară.

În planul intimității, ea suferă adânc de frigidity, prezentând un comportament erotico-afectiv limitat. Soțul, cu o structură de personalitate total imatură, joacă parțial rolul unui Don Juan, fiind în permanentă căutare a unei noi partenere, dar în cazul unui eșec, el se întoarce și îi povestește tot ce i-a făcut această nouă femeie. apărută în viața sa – cum i-a cheltuit banii, cum l-a dezamăgit și cum „*tu, mami, ești singura care mă înțelege*!”. Soția, având la bază o puternică neacceptare a rolului feminin, „se unește” cu acesta împotriva „nenorocitei” care l-a supărat. Ea își accentuează autoritatea, în timp ce el ia rolul copilului care a greșit, căci „*s-a înhăit cu cine nu trebuia*”, urmând să lase totul în mâinile „mamei”, care sigur va rezolva situația.

Structura dominatoare a soției-mamă îi inhibă bărbatului rolul de inițiator. El nu va intui niciodată că în spatele acestei structuri hiperautoritare se ascunde drama incapacității de a fi femeie, corelată cu o „anestezie” emoțională, la o persoană ce nu-și conștientizează adevărata amplitudine a problemelor sale.

În lipsa satisfacției sexual-emoționale, tot ce îi rămâne acesteia este plăcerea de a se răzbuna pe celelalte femei „autentice”, punându-și mintea la contribuție spre a găsi cele mai năstrușnice „pedepse”. Ea nu se revoltă pe noua parteneră pentru că este cealaltă femeie (din viața lui), ci pentru că este femeie. Hipertrofiindu-și rolul de

soție, îi substituie acestuia un rol compensator de „mamă”, jucând întocmai duplicitatea și acoperirea greșelilor copilului, risipindu-și indulgența și „hiperprotecția needucativă”.

Pe de altă parte, soțul nu se va simți împlinit nici cu noua parteneră, datorită dependenței decizionale și nesiguranței generate de structura sa de personalitate. Iarăși învins, se întoarce la „mamă” spre a se răzbuna pe FEMEIE, pentru incapacitatea sa de a fi masculin, căci, rezumând, se teme de femeie.

Un alt tip de cuplu, în care distorsiunile în comunicare sunt evidente, poate fi schițat astfel: soțul excesiv de tandru, de îngăduitor, sensibil la orice dorință a partenerii, făcând toate treburile casnice plus cele de serviciu, ca ea „nu care cumva să ducă lipsă de ceva”; bărbatul căruia niciodată nu i-a trecut prin minte să-și înșele partenera. Aceasta este rece, rea, distantă, neinteresată de problemele familiei, cu pretenții exagerate în raport cu realele posibilități ale celor doi. Deși departe de problemele veridice ale căsniciei și de ceea ce înseamnă o evoluție, ea tinde să centralizeze puterea de decizie și control, caracterizându-se prin acel „a cere” de la propria viață de cuplu anihilarea participării celuilalt.

În plan exterior comportamental, descrierea făcută este aceea a unui soț model, a tot ce și-ar putea dori o femeie de la partenerul ei, dar această fugă excesivă în exercitarea rolului conjugal masculin ascunde dependență și insecuritate în raport cu soția, imaturitate (atâta timp cât nu protestează niciodată), un Eu amputat, deformat și minimalizat. Dorința ardentă de a se contopi cu imaginea bărbatului ideal ascunde, încercând să compenseze, drama imposibilității unei relații normale.

Dacă totuși reușește să se elibereze din „capcana unicei iubiri”, cu noua parteneră își va schimba complet rolul: „*tu, dacă greșești, vei plăti și pentru cealaltă!*”. Această gândire exprimă nevoia ce a existat întotdeauna, deși latentă, de răzbunare, căci „orice greșeală se pedepsește”.

9.8. Eu-I conjugal – Eu-I profesional

Una din cauzele frecvent întâlnite ce pot perturba comunicarea în cadrul cuplului este preluarea deficitară a sex-rolului sau non-acceptarea modului în care celălalt și-l asumă. De exemplu, arhetipul feminin la care partenera se rialiază în cadrul nucleului ei familial nu corespunde așteptărilor profunde ale celuilalt. „Cauza profesională”, servită cu solitudine de aceasta, îl seduce și îl orbește pentru un timp, datorită personalității strălucitoare a tovarăsei sale, însă, de cele mai multe ori, neînțelegerile apar atunci când bărbatul nu găsește în parteneră nici **SOȚIA**, nici **MAMA**, ci numai o **RIVALĂ**. Când cea în cauză înțelege că a greșit, de obicei este prea târziu și este vorba nu de o dorință autentică de a fuziona cu soțul, ci de o renunțare autistă la satisfacțiile visate și identificarea forțată – aderarea deficitară la imaginea nevestei tradiționale.

Încercarea este nereușită și nu constituie o rezolvare de profunzime, deoarece o astfel de femeie este prea legată de „Eu-I ei profesional”, ca să-i poată substitui dintr-o dată un „Eu conjugal”, pe care nu l-a cultivat niciodată și care, deficient *confecționat*, corelează înalt cu nepăsarea, indiferența față de ceea ce ar putea fi o plăcere pentru celălalt, cu minimalizarea afecțiunii și satisfacției partenerului, cu platitudinea afectivă față de rugămintile acestuia, neînțelegerea dorințelor și lipsa inițiativei, comunicarea doar „cătore” și nu „cu” acesta. Toate produc tulburări profunde în psihismul celuilalt, fiind un obstacol care împiedică elucidarea dificultăților relaționale.

Dezvoltarea unui „Eu conjugal” la nivelul unei personalități pare tot atât de necesară pentru armonia cuplului, ca și „Eu-l social” pentru înfruntarea luptelor profesionale sau „Eu-l psihic” pentru împrăștierea iluziilor omnipotenței infantile. Acest „Eu conjugal” este asumarea sex-rolului necesar pentru ca viața, în intimitatea de cuplu, să se desfășoare egalitar, de la Eu autentic la Eu autentic, evitând aspectele dominatoare sau sado-masochiste. Când se simte dezechilibrul, ca urmare a dominării unuia dintre parteneri sau a imaturității celuilalt, conflictul conjugal se transpune în plan somatic, fiind regăsit fidel în sfera sexualității.

Exemplu: K. F., 35 de ani, cercetătoare în domeniul fizicii atomice, măritată de trei ani. Este o persoană care până la vârsta căsătoriei a avut doar relații superficiale, și, chiar dacă au inclus viața sexuală, nu s-au împlinit din punct de vedere afectiv.

Tot ce a supraevaluat a fost realizarea profesională, căreia i s-a dedicat întru totul. A dorit sincer nunta, pentru a avea copii și familie (are o fetiță de doi ani), dar nu a știut niciodată ce înseamnă în realitate rolul conjugal. Își iubește soțul, dar percepe în mod unidirecțional legătura cu acesta. Conștient și-a ales un bărbat, nu neapărat inferior din punct de vedere al valorii personale, dar fără dorința de a reuși *cu orice preț* – un om care este bine apreciat la serviciu, dar fără o posibilitate spectaculoasă de avansare și fără o muncă de răspundere. Singura comunicare pe care ea o „institue” este prezentarea propriilor probleme legate de promovări, congrese și susținerea tezei de doctorat; nu are grija micuței care este la bunici.

Soțul se simte din ce în ce mai complexat de puternicul Eu profesional al parteneriei, gândind ca „nu mai are nimic de spus în cuplu”, mergând până într-acolo încât să-i fie teamă ca nu care cumva să se facă de râs. Pe măsura trecerii timpului, a reieșit că „nu se mai poate apropia de ea”. Au urmat lungi zile în care s-a simțit dezamăgit, abătut și mai ales *neîmplinit*, percepend-o ca „într-un turn de fildeș”, la care nu poate ajunge.

Clipele de tăcere au determinat-o să-și modifice atitudinea: a devenit mai tandră, preocupată de dificultățile de serviciu ale soțului, de casă, de a petrece mai mult timp împreună, dar dincolo de aceste aspecte se putea sesiza ceva *superficial*, *neadevărat* – problema fiind de fapt că el nu și-o putea imagina altfel decât exercitându-și rolul profesional și, oricâte strădanii și-ar fi dat, o vedea incompatibilă cu imaginea unei simple neveste.

De fapt, prin structura sa de personalitate, bărbatul avea nevoie să iubească ceva la care să nu poată accede. Atunci când femeia „a coborât în real”, senzația de a o vedea inautentică încerca să mascheze ideea că așa (în simplul rol conjugal) nu o mai poate iubi.

9.9. Vreau să fiu părinte, dar...

Tulburări ale echilibrului sexual-afectiv al unui cuplu pot apărea atunci când unul dintre parteneri află, în urma unui consult medical, că este steril. Drama conștientă a acestuia este atât de mare, încât ne face să considerăm obiectivă perturbarea liniștii căminului. Deși cauzalitatea fiziologică dintre sterilitate și tulburarea dinamicii sexuale este cert înfirmată, în practică totuși întâlnim această corelație. Intervin aici mai multe aspecte:

- pe de-o parte, sunt sentimentele de vinovăție față de partener; acestea izvorăsc din incompletitudinea ca ființă, dar și din convingerea de a-l fi dezamăgit pe

celălalt. În subsidiar, funcționează teama de a nu fi părăsit, frică parțial justificată, parțial grefată pe o structură narcisică, ce transformă realitatea obiectivă: „*mă părăsește nu pentru că nu pot avea copii, ci pentru că sunt incomplet (ă)*”.

- pe de altă parte, există disperarea de a fi imperfect în raport inclusiv cu sine însuși, dublată de dezamăgirea legată de faptul că schema constituită încă din copilărie despre „cum voi fi când voi fi părinte” nu va prinde niciodată contur.

Fazele de doliu parcurse vizavi de această pierdere evidențiază culpabilitate trăită conștient. Rădăcinile fiind însă adânci, tulburările emoționale nu se vor remite atâta vreme cât nu va fi găsit un substitut care să exprime, în aceeași măsură, plenitudinea bucuriei parentalității. Disfuncția sexual-afectivă este o pedeapsă pe care cel în cauză și-o aplică inconștient, în subsidiar existând ideea că funcția majoră a sexualității este procrearea, în lipsa acestei finalități neputându-se trăi împlinirea.

Experiența comună de viață a unui cuplu este un sprijin și totodată un punct de plecare spre găsirea satisfacțiilor adiacente în realizările profesionale sau în adopția unui copil, căci rolul parental se învață și se dezvoltă și nimic nu poate fi mai trainic decât a te dăruie celor care au nevoie de tine.

9.10. Traume imemoriale – influențe în viața de cuplu

9.10.1. „*Bărbatul imatur*” sau „*Artistul veșnic tânăr*”

Este greu de înțeles cum o căsătorie făcută la vârste fragede, sub imboldul forței pulsionale a tinereții, nu rezistă întotdeauna **probei timpului**. Cauza trebuie căutată în profunzime, nu în acele greșeli inerente vieții în doi. Ea se poate situa în traume uitate, în lipsa unei relații sufletești puternice, *căsătoria sau capriciul negândit al unor „legături paralele”* putând fi explicate ca reminiscențe ale unor adânci „defecte” afective.

Exemplu: G. S., 33 de ani, doi copii, artist plastic.

S-a căsătorit imediat după terminarea liceului cu prietena sa din anii adolescenței. Deși cu o motivație de tip infantil – împlinirea voinței părinților, reușește la admiterea în Institutul Superior de Desen și Arte Plastice, în timp ce soția, intrinsec îndreptată spre acest scop, are un eșec. Nu a putut să-și explice niciodată de ce dorea să-i ofere căsătoria drept „*recompensă*”.

Tatăl a fost indiferent față de dorința băiatului de a-și întemeia o familie, subiectul prezentându-l „*aproape absent*” la tot ce s-a petrecut în viața sa. L-a perceput ca pe o personalitate slabă, simțindu-se frustrat de lipsa modelului părintesc autoritar. Până la 5 ani a locuit cu bunicul, recunoscând în repetate rânduri că l-a iubit foarte mult (**nevoia de identificare cu imaginea paternă** spunându-și cuvântul), deși a îndurat trauma lipsei materne. Mama a fost categoric împotriva căsătoriei, ascunzându-i certificatul de naștere, fapt ce i-a provocat suferință, deoarece era „*un lucru ce amintea de copilărie*”, făcându-l „*controlat*” și „*sub tutelă*”. A afirmat mereu regretul că el și mama „*nu s-au putut cunoaște mai bine atunci*”, căci ulterior „*totul a fost altfel și nu a*

mai existat timp". Afirmatiile exprimă percepția subiectivă a schimbărilor afective, dar și durerea dispariției „vârstei de aur a umanității". Veșnicele minciuni de tipul „*rămâi la mama*", cu care bunicul finaliza vizitele de duminică, îi provocau reacții vegetative ce exprimau trăirea depresiei, chiar și pentru un copil de 4 ani. Tatăl a fost în permanență dezinteresat de activitățile acestuia. În jurul vârstei de 5 ani, când s-a mutat cu părinții, la început s-a străduit pentru a plăcea, a-i stârni admirația și a-l seduce. Nereușita îi determină amintiri-ecran ce se opresc la dezinteresul față de persoana acestuia.

Căsătoria s-a făcut împotriva voinței tuturor („*ne-am dus acolo singuri, ca doi cucii*"). Se credea puternic, „masculin", inconștient agresiv, incluzând puțin și o atitudine narcisică. Ulterior, relațiile cu părinții și, mai ales, cu mama s-au restabilit, dar au rămas pentru totdeauna reci și protocolare. Pentru soție au urmat alte trei examene de admitere nereușite. În final, a renunțat la acest vis și „s-a închis în sine", refuzând să practice o altă meserie. Comportamentul imatur și schizoid îi este întreținut de părinții stabiliți în Germania, ce-i pot asigura o sursă de venit. Se dedică numai creșterii celor două fete, în prezent de 11, respectiv 8 ani, „având grijă" să-i interzică soțului orice i-ar putea aminti de domeniul artei.

Cu timpul, cel în cauză își accentuează vinovăția legată de reușita profesională, corolar cu apariția în relațiile intime a scăderii dorinței de apropiere fizică, ulterior mari dificultăți în menținerea erecției. Din întâmplare, a cunoscut-o pe I. L., cu care a început o legătură din ce în ce mai strânsă. Din start a fost hotărât că nu va divorța, dar s-a gândit că implicarea afectivă și noile sentimente l-ar putea ajuta o perioadă de timp ca satisfacția spirituală și sexuală să fie la nivelul expectat. Nu a știut niciodată care este „poziția" soției, ea purtându-se „ca de gheață", fără a încerca să se facă înțeleasă. Nu o interesa nimic din conduita lui, nici măcar posibilitatea existenței unei „duble legături". În loc să-l liniștească, lipsa reproșurilor îi stârnește curiozitatea pentru felul ei de a fi, motiv pentru care dificultățile în cuplu reapar cu noua parteneră, deși aceasta are o structură maternă, fiind grijulie și foarte atentă la orice aspect particular pe care el și l-ar putea imagina. În acest context, „noua" tulburare de dinamică sexuală îi induce puternice stări depresive.

Cu toată indiferența soției, trăiește o acută stare de conflict motivațional, durându-l inclusiv necunoașterea impresiei produsă fetițelor – pe care le iubește, dar față de care are un rol vag conturat – uneori de „*frate mai mare*", alteori de „*jucărie cuminte*".

Descrierea cazului

În prim-plan se conturează trăsături ezitante, incertitudine și nesiguranță, preocupare maternă, atașament puternic și aderență la trecut. Pendulează între nevoia de contact și atitudinea defensivă, prudență ce merge până la îndărătnicie și pudoare. Indecizia este dublată de deprimare și de o anumită disoluție, o labilitate nervoasă de fond. Traumatismul suferit la 19 ani este central în relația cu sine și se bazează pe o fixație mai veche, ce exprimă probleme legate de identificarea cu tatăl, absent emoțional. Lipsa unui Eu puternic creează confuzii în comunicarea cu semenii, tendință la nefinalizare. „Dezordinea" interioară dovedește sensibilitate, nerăbdare, lipsa concentrării, dispersie în plan motivațional, introversie, reflexivitate și înclinație spre meditativ. Egocentrismul agresiv, de tip infantil, coexistă cu necesitatea crescută pentru tandrețea fizică și senzuală. Teama de acțiune se datorează unui blocaj, așteptarea și ambiguitatea generând anxietate. Testele proiective relevă reflexul morții (după Kretschmer) și o cenzură morală severă. Avem în fața un tip inhibat, în viitor cu posibile fobii. Prezintă un comportament încordat, cu adaptare impersonală. Un Eu

adolescentin, ce refulează tendințele pulsionare, fiind incapabil de a-și forma idealul. Angoasa este raportată la pierderea anturajului actual, aderența nevrotică pe fond incestuos fiind dictată de trebuința securității.

Interpretare

Se profilează o structură imatur histrionică, cu elemente impulsive – proprie unei personalități artistice, în funcție de care putem constitui următoarea matrice de analiza ($h_0h_0m_0$).

✓ Complexul oedipian nerezolvat se întrezărește pentru prima dată sub forma temerii (în adolescență) de a nu-și înșela mama, gest posibil datorită lipsei unei forțe fizice și morale a tatălui, „capabilă” să suporte violența inconștientă a băiatului. Acestuia i s-a creat așteptarea unei pedepse din culpabilitate. Vinovăția resimțită la 19 ani prin „trădarea” mamei, reproduce de fapt schema infantilă a nevoii de pedeapsă. Pe de altă parte, o asemenea imagine „slabă”, „prea blândă” a tatălui îngreunează unui băiat posibilitatea de a deveni foarte viril (F. Dolto, 1993).

✓ Urmează o încercare de rezolvare: căsătoria împotriva voinței părinților este, de fapt, o apărare, dar în același timp transferă asupra soției reacțiile afective experimentate față de mamă. Complexul oedipian nu a fost rezolvat înainte de intrarea în perioada de latență. Cel în cauză a fost nevoit să „semneze un armistițiu” cu complexul de castrare, care la pubertate și-a reluat rolul castrator (F. Dolto). Căsătoria făcută în acest mod, sub influența celui „voiam să mă însor atunci și cu orice preț”, exprimă tentativa de a se elibera de acest complex.

✓ În momentul în care reușește profesional, vinovăția exprimă intervenția unui nou transfer: „îmi complexez soția”, repetând schema infantilă „o pedepsesc pe mama, deși o iubesc”. În viața de cuplu, acest moment coincide cu apariția disfuncției sexuale. Astfel, succesele, deși legitime, sunt considerate drept sursa de stres, iar Supra-Eu-l reacționează în consecință. Sublimarea libidoului se face în activitățile artistice plăcute tatălui, în imitarea comportamentului lui, în ciuda imaginii paterne slab conturată afectiv. Atitudinea ilustrează un complex oedipian tardiv și latent, compatibil cu viața socială în forma sa actuală și însoțit în inconștient de o destul de puternică inhibiție a violenței. Dacă agresivitatea băiatului ar fi triumfat în planul conștientului, acesta nu s-ar mai fi putut identifica cu tatăl. Or, copilul a avut nevoie să-l investească pasiv, căci dorința completă nu era doar de a-și înlocui tatăl, ci și de a-i semăna (după F. Dolto). Culpabilitatea în raport cu realizările este un fel de urmă a complexului de castrare și reproduce inferioritatea copilului față de adulți, fiind complementară forței magice atribuită acestora.

✓ Reacția soției este de rejectare (și nu de mândrie, cum și-ar fi dorit-o fantasmatic!). El o percepe similară celei a mamei, întrezărind proiecția unui abandon ce-i crește vinovăția și sentimentul ambivalenței. Este știut cum coloratura emoțiilor de mai târziu depinde de relația cu figura maternă. Purtarea față de soție simbolizează încercarea de a-i cuceri afecțiunea admirativă, dar mijloacele sunt agresive, cu obiectivul inconștient de a-și afirma sexualitatea (în aceeași manieră în care a așteptat zadarnic iubirea mamei pentru faptul că e băiat).

✓ Situația de conflict motivațional se manifestă sub două aspecte:

- „mă simt rejectat” și
- o supăr pe mamă / soție că există.”

Experimentarea rezolvării problemelor afective și de ieșire din cercul vicios se concretizează în relația cu cealaltă parteneră, în care caută **femeia**, dar se simte

vinovat față de mamă. Această nouă culpabilitate îl face să nu se manifeste autentic în legătura empatică prezentă (nici din punct de vedere emoțional, nici în plan sexual), reactualizând defectuoasele contacte interpersonale anterioare.

9.10.2. „Fetița cuminte“. Imaginea tatălui – între moralitate, afecțiune și idealizare

Fără să ne dăm seama, copilăria, cu modelul diadei parentale, ne jalonează existența prin oferirea matricei în care se va exprima propria viață de cuplu. Imaginea tatălui, ca substitut al **autorității**, poate fi interiorizată firesc, sub aspectul unui puternic sentiment al moralității, *sau* poate împiedica trăirea matură a împlinirii sexuale și emoționale. Din această ultimă perspectivă, relevant este cazul unei tinere care, „chinuită“ de absența afecțiunii paterne, a rămas într-o permanentă **așteptare**, incapabilă să modifice evenimentele lumii exterioare, până când soțul – substitut al unui **tată ideal** – a venit în ajutor „trezind-o pe Frumoasa din Pădurea Adormită“.

Exemplu: N. J., 42 de ani, asistentă medicală, căsătorită, un copil.

Relațiile cu părinții

A ținut foarte mult la **tată** („Era un bărbat frumos și sociabil, se țineau femeile după el; ne asemănăm”), deși îl descrie ca fiind extrem de sever, obsedat de faptul că fetele lui și-ar putea pierde virginitatea, momente în care devenea dominat de un vocabular vulgar, față de care tinerele încercau o adevărată repulsie. Relația cu **mama** a fost rece („Afectiv, eu n-am simțit-o niciodată”), ceea ce a făcut ca, inclusiv la pubertate, tatăl să fie cel care să le prezinte aspectele vieții intime. A interpretat ignoranța mamei ca pe suprema jignire („Tata s-a gândit mai mult la mine; el a avut afecțiune față de noi, dar în felul lui”). Lipsa de autentică protecție și căldură sufletească a făcut-o să se situeze în permanență în poziția de „concurrentă“ a tatălui pentru mângâierile și dragostea mamei, acuzând-o pe aceasta că „a ținut mai mult la bărbat, decât la copii”, rivalitate perpetuată ulterior în relația cu sora, „mama atașându-se mai mult de copiii acesteia”. Drama primilor ani de viață a fost marcată de neînțelegerea legăturii emoționale a mamei față de soț, privită din perspectiva violențelor verbale și fizice sesizate cu ușurință în familie.

La 6–7 ani, părinții au decis divorțul, situație în care s-a perceput ca un „obiect”, un instrument cu ajutorul căruia mama, care intuise legătura mai specială dintre fiică și tată, își manipula soțul („Tu vei rămâne în casă cu el, să nu poată aduce altă femeie!”). Din păcate, dincolo de atitudinea de a-și folosi copila, transpare indiferența la durerea acesteia, pe care nu făcea decât **să o părăsească**. Se conturează profilul unei mame puternic centrată pe sine, imatură și incapabilă să-și înțeleagă fetele, ea însăși simțindu-se „în dispută” cu acestea, deoarece atunci când micuța acceptă „târgul” cu aparentă liniște interioară, o interpretează de genul: „îl preferi pe taică-tău, care e un nenorocit!”. Deși la adolescență acesta i-a acordat fiicei „libertatea”, a continuat o stare de stres în raport cu interdicțiile anterioare. A urmat atletism de performanță – „singurul refugiu”, cu care mama nu a fost de acord, dar conform cu voința paternă.

Soțul a fost ales și plăcut de tată, care l-a chemat spre „a aranja” căsătoria – o fire calmă, față de care a simțit o atracție pur sufletească, „o scăpare” spre a pleca din mediul tensionat. Atracția a încercat „să o învețe”. Despre „noaptea nunții” avea o imagine formată din cărțile citite pe ascuns, iar la *proba realității* a reacționat

paradoxal, apărându-i ca o necesitate imperioasă dorința de somn, în care vedem mutarea în plan fantasmatic a nevoii de apropiere fizică. În primul an de căsătorie, viața sexuală i s-a părut „grea”, prezentând adevărate reacții fobice, dar, datorită purtării tandre a soțului și comunicării interpersonale directe, „s-au adaptat reciproc”. A urmat nașterea, cu speranța împlinită de a avea un băiat („în familia noastră au fost prea multe fete!”), ca și cum identitatea feminină ar fi fost aprioric raportată la ideea de suferință. Nici chiar adoptarea unei protecții materne excesive nu a reușit să-i șteargă din minte purtarea propriei mame. Ulterior, grijile rolului parental au depășit cu mult acest comportament ce nu avea alt scop decât valorizarea în proprii ochi (a slăbit, s-a epuizat – „copilul m-a deranjat, iar eu țineam mult la orele de odihnă”).

Problemele actuale au apărut pe fondul unei boli incurabile a tatălui, față de care a trebuit să suporte greutatea disimulării, singura detensionare fiind plânsul, „ca și cum ar fi înecat în lacrimi toate suferințele copilăriei”. La moartea acestuia au reapărut dificultățile de relaționare cu soțul, dintr-o culpabilitate înconștientă față de tată, originată în interdicțiile și traumele timpurii, tânăra ajungând să trăiască regresiv, în trecutul perioadei pubertale. În paralel, familia trece prin dificultăți de ordin social (soțul a rămas șomer, ceea ce-l face să se simtă inutil, băiatul trebuie să urmeze o facultate), lipsa banilor făcând-o să-și ia un serviciu suplimentar, iar oboseala devine o scuză pentru neparticiparea la viața intimă.

Interpretare

Cea în cauză a încercat să-și centreze gândurile, tandrețea și emoțiile sexuale asupra soțului, momentele nereușite fiind dictate de rememorarea situațiilor în care impulsurile instinctuale firești ale copilului de altădată s-au lovit de obstacolele mediului familial, a cărui atitudine a decurs dintr-o optică etic deformată. Dorința sa de a judeca valorile tatălui – ridicate la rang de dogmă – i-au stârnit conflicte morale, cum ar fi teama dezvirginării, trăită deformat sub aspectul extenuării fizice și psihice, ca inhibiție de protecție. O ușoară nevroză se conturează încă din perioada adolescenței, exprimată prin sentimentele de vinovăție încercate la primele raporturi afective în afara „casei” (teamă de tată la întâlnirile cu colegii). Culpabilitatea este aici complementarul senzației de mulțumire, conform unei condiționări negative înconștiente de tipul „ai mei au suferit mult, deoarece **n-au știut să iubească**; îmi supăr părinții dacă sunt fericită”.

Întâlnim un fel de dedublare la nivelul personalității, specifică structurilor histeroide, atunci când, pe de-o parte, își acuză tatăl pentru toate frustrările copilăriei, iar pe de alta, și-a interiorizat drama acestuia. Idolatrizarea imaginii paterne, prin exacerbarea puterii sale de a „plăcea” femeilor, constituie o reminiscență a sentimentelor fetei de altădată, când modalitatea de a seduce consta în a-și flata tatăl. Acesta, departe de a putea fi caracterizat printr-un comportament afectuos față de fiică, i-a îngreunat legăturile sociale, făcând-o să trăiască o mare angoasă în apropierea de soț și „învățarea” intimității.

9.10.3. „Don Juan-ul bătrân” – de la mit la personalitate accentuată

Încercând să ne întoarcem la ceea ce înseamnă o **personalitate de tip Don Juan**, vom observa cum descrierea nu se limitează la sensul comun al termenului, mult întâlnit în cercurile de tineri, conform căruia un astfel de bărbat „seduce și posedă

femeia, deoarece prin chiar comportamentul său acestea se lasă provocate", ulterior urmând părăsirea, deoarece satisfacția durerii pricinuite înlocuiește erotismul masculin normal. Să nu uităm acei „donjuani bătrâni“, care cred că „*au cucerit și au iubit totul*“, amăgindu-se că au cunoscut **femeia** până în cel mai intim amănunt, dar pentru care presiunea timpului devine o obsesie, trezindu-se în amurgul existenței singuri, neancorați în realitate și goliți sufletește de epuizante relații superficiale, în care nu au primit și nu au oferit nimic autentic. Atunci devin impulsivi, dominați de nesiguranță și nefinalizare afectivă, pierzându-și atât capacitatea de sublimare prin profesie, cât și darul improvizăției, fapt ce-i situează în imposibilitatea de a mai face noi „victime“ și-i aruncă într-o amară prăpastie depresivă.

Exemplu: E. G., 52 de ani, electronist pentru automatizări. Suferă deseori de „atacuri de panică“, pe care le descrie ca o agitație interioară, asociate cu deprimare, sensibilitate și perceperea exacerbată a ostilității celor din jur. Se simte dominat de nervozitate, violență verbală, reacții explozive, urmate de regrete ulterioare. Este apreciat ca fiind un om cu multiple realizări profesionale, *cândva* a fost „o capacitate“, acum aflându-se într-un moment caracterizat printr-o minimă putere de concentrare, pierderea echilibrului și a autocontrolului. („*Am fost cineva! Nu mai reușesc să fiu ce-am fost!*“)

În plan emoțional a avut numeroase decepții, însoțite de multe ori de tulburări în sfera sexualității, singur stabilind corelații între acestea și stările de anxietate prezente încă din tinerețe. Observăm *încălnația* spre o anumită categorie de femei, dublată de o extremă severitate în raport cu sexul opus („*Nu accept greșelile acestora!*“), dar și repliată asupra propriei persoane sub forma variatelor sentimente de culpabilitate („*Eu am păcătuit mult – și față de mine și față de ceilalți*“). Simte acut dorința de atenție, mângâieri și afectivitate, dar mai ales necesitatea ca **femeia** să recunoască faptul că *el trebuie îngrijit*.

Permanenta căutare a „idealului feminin“ se originează în idei absolutiste – nu poate sta prea mult cu aceeași parteneră, deoarece cu trecerea timpului constată „*că nu e perfectă*“. Multitudinea relațiilor pasagere trăite ca eșecuri s-a transformat în prezent în „*nevoia de a fi lăsat în pace*“ („*Văd liniștea ca pe singurul mod de existență*“), dincolo de care transpare totuși vulnerabilitatea, chiar atunci când, conștient, își afirmă fericirea în singurătate („*Mă retrag ca melcul. M-am adaptat!*“)

Ambivalența trăirilor interioare este regăsită plenar în atitudini contradictorii de tipul: „*O femeie – nu mă mai interesează sub nici o formă!*“, imediat urmând afirmația că și-ar dori o **îngrijitoare**, care „*dacă nu este corespunzătoare, poate fi schimbată!*“, deoarece relația, departe de o împlinire afectivă matură, vizează alegerea după criteriul „obiectului“ ce-i poate satisface în cel mai înalt grad trebuințele, nevoia de „grijă“, sugerând dependența maternă caracteristică primelor faze de dezvoltare. Pe de altă parte, ea este expresia complementară dorinței inconștiente, agresive, de a poseda femeia, de a avea asupra ei „drept de viață și de moarte“. Nevoia de perfecțiune poate fi și o proiecție narcisică, dar poate apărea și printr-un șir de substituții asociative ca justificare pentru pulsiunea sadic-agresivă.

Întotdeauna și-a dorit să reușească în viață; tatăl, care „*a fost de patru ori mai inteligent*“, fiind un model – nedetașare ce-i rănește masculinitatea, redeșteptându-i angoasa. „*Să iau hotărâri, să mă bucur de rezultate!*“, dar din păcate nu se poate comporta sexual și emoțional ca un adult, fiind instabil, mereu în căutare de noi parteneri de care nu se leagă sincer. Ca mecanism de apărare intervine inversiunea:

„Nici o femeie nu m-a iubit sincer”. Deoarece conștient funcționează negarea: „Niciodată un bărbat nu trebuie să se despartă de o femei pentru alta”, spre a-și justifica repetatul gest de abandon, își „confeccionează” ca raționalizare scuza că „nu e perfectă”.

Din această perspectivă, devine interesantă matricea după care și-a ales partenelele – „am căutat numai femei **naufragiate**, pentru a-mi fi recunoscătoare”. A dăruir pentru a fi recompensat este o trăsătură histeroidă, sentimentul dominării reprezentând încercarea de a-și compensa complexe de inferioritate, exteriorizate parțial prin culpa față de carențele culturale, sub forma expresiilor de genul: „Niciodată nu voi fi partenerul unei femei superioare”. Interpretarea realității prin pendularea între complex de inferioritate – complex de superioritate corespunde fazelor primare de dezvoltare afectivă, astfel încât orice relație nu este privită decât în termeni de dominanță – dependență, învingere – supunere (pe de-o parte, acel „Altfel n-aș fi putut să fiu EU șeful”, pe de alta, imperativul „Nu mai vreau să fiu terorizat de o femeie!”).

Se conturează o structură imatură, instabilă, cu satisfacția subsidiară (ca beneficiu secundar) de a-i fi îndeplinite toate dorințele. Atunci când se enervează, acțiunea Supra-Eu-lui interdictiv îi crește tensiunea interioară, făcându-l să treacă de la **dominare** („Simțeam o satisfacție în necesitatea de dispariție a celor din jur”) la **replierea agresivității spre sine**, trăită ca adaptare sub forma „retragerii ca melcul”. Perceperea dureroasă a celui „a fi stingher”, în ciuda multiplelor tentative de apropiere de sexul opus, este ascunsă de aderarea la ceea ce consideră ca fiind acceptat de societate – idee demonstrată prin folosirea repetată a celui „sunt ca toți ceilalți”, ce-i maschează **incomoditatea în propria personalitate**.

9.10.4. „Adolescenta frigidă”.

Agresivitatea inconștientă a neacceptării identității de sex-rol

Suntem înclinați să credem că adevăratele drame afective se petrec la vârsta maturității, privind decepțiile sentimentale ale adolescenților cu superficialitate dominată de amintirea lirică a celui: „ce e val, ca valul trece”. Din păcate, atunci când ele survin pe un teren încărcat de fragilitatea și inautenticitatea relațiilor parentale, când există frustrări mascate sau o copilărie **trăită pentru părinți**, o simplă relație „între colegi”, bazată pe admirație, poate produce marcate perturbări emoționale.

Exemplu: S. M., 18 ani, elevă de liceu, performanțe școlare deosebite.

Trăsătura majoră pe care dorește să o exteriorizeze este **ambitia**. Povestește cu lux de amănunte experiențe în care apăreau variante aproape patologice ale dorinței de succes, mama contribuind la acestea, pe de o parte, pentru a împiedica stările depresive ale fetei, cât și pentru propria satisfacție, mai ales că prin comportamentul său a ocrotit-o de fiecare dată (S. era un copil „născut târziu”, la bătrânețe, în care mama vedea propria prelungire și care ar fi fost „menit” să reușească în toate situațiile în care ea a clacat).

Modelul diadei parentale

Tatăl a fost absent emoțional, mama dominându-l și prezentându-i-l fetei în mod caricatural, minimalizarea rolului patern fiind trăită de aceasta cu sentimentul penibilului. Scenele pe care le observa între părinți se reduceau la certuri violente cu

agresiuni fizice, motiv pentru care atunci când a sesizat, în mod întâmplător, un raport sexual, l-a considerat ca pe ceva sadic. A simțit o puternică repulsie, neputându-și-i închipui făcând ceva atât de „scârbos”. De la perioada copilăriei în care mama reprezenta „motorul” reușitelor sale – clipe pe care le evocă dominată de bucurie – actualmente, trăiește rușine pentru deteriorarea fizică și psihică a părinților, ca și cum aceasta și-ar pune amprenta **ca o pată pe imaginea ei „perfectă”** (sentiment ce merge până la ură, exteriorizând clar extrema ambivalență).

La 14 ani s-a îndrăgostit pentru prima dată de R., care nu a iubit-o niciodată *ca pe o femeie*, însă o considera deșteaptă și conștiincioasă. În momentele în care S. claca, sau atunci când știa că nu mai poate deține controlul asupra fiicei, mama era cea care îl chema spre „a avea grijă de ea”. S. percepe și interiorizează acest lucru ca și cum **mama poate orice**, ducând cu gândul la vremea copilăriei, când „i se îndeplinea orice dorință”. Cu toate acestea, pe R. „nu l-a avut niciodată” din punct de vedere afectiv. Astfel, la 16 ani și-a început viața sexuală cu altcineva, având ulterior mai mulți parteneri pe care nu i-a iubit, ci i-a folosit ca pe niște „obiecte”. Descrie momentul pierderii virginității ca pe un act de răzbunare pe mamă, așteptându-și în același timp sancțiunea. Paradoxal însă, primește în schimb ironie, motiv pentru care se simte frustrată. În prezent, este cu L., pe care în mod conștient l-a ales ca fiindu-i inferior. Cu fiecare bărbat, la primele raporturi sexuale se simte bine, ulterior prezentând frecvente anorgasmii. În cazul acestei relații, lucrurile s-au repetat, dar s-au adăugat și dificultățile în menținerea erecției tânărului, datorită problemelor interpersonale și dificultăților de relaționare generate obiectiv de purtarea celei în cauză.

Prezentarea lui S.

Încă din copilărie a prezentat o labilitate emoțională, convingere într-un viitor excepțional (alternând cu perioade depresive) și „putere de muncă”, sugerând un temperament coleric. Este dominată de repliere asupra sieși, cu accent pe trecut și pe relația maternă, exprimând existența traumelor infantile. Neancorarea în realitate este exprimată printr-un ușor dezechilibru între nivelul posibilităților și cel aspirațional. Dovedește un caracter dificil, inhibiție în gândire și aderență crescută la numite idei. Este ezitantă, dar totodată sensibilă, cu un grad crescut de senzitivitate și sentimentul obscur al limitelor; excitabilă, impresionabilă, neliniștită, cu puține relații sociale și înclinată spre ripostă. Are un înalt spirit de observație, centrat pe posibilitatea de a surprinde detaliile. Trăiește cu nevoia nesatisfăcută de a fi apreciată, de a se distinge, într-un cuvânt – de a avea succes – dorință ce se originează în **fondul narcisic** al personalității. Este conștiincioasă, dar, dominată de **o motivație infantilă de tipul dependenței afective**, făcând ceva doar în măsura în care există reacție din partea celorlalți. Aceasta denotă **absența maturității emoționale și incapacitatea de a iubi**. Întotdeauna și-a păstrat locul de „cea cu probleme”, necesitând un permanent ajutor – descriere conturând trăsături de tip histrionic.

Relația cu partenerul actual

Pe L. îl complexează sistematic, în subsidiar repetând schema ambivalenței. Pe de-o parte, în toate discuțiile îi pune în evidență limitele – *el neputându-se ridica la nivelul ei de educație, cultură, cunoștințe*; în casă îl pune să facă treburi josnice, mai cu seamă când sunt și alții de față. Pe de altă parte, vrea cu orice preț să-l susțină pentru admiterea la facultate, astfel încât reușita să fie „grație ei”, erijându-se în **factor causal** ce-și etalează puterea. Este ca și cum inconștient și-ar dori rolul masculin, dovedind existența unui **sadism față de tată (și posibilă fixație maternă)**, în prezent, agresivitate exteriorizată asupra oricărui posibil bărbat.

De fapt, este o încercare de rezolvare, deși nereușită, a acestui complex de castrare: alegerea este conformă cu imaginea parentală (un partener ce poate fi denigrat). Involuntar, caută situațiile în care știe că acesta nu va face față (cum ar fi tentativa de a intra într-o instituție de învățământ superior, corelată cu alternativa penibilă a eșecului). În același mod și cu aceeași motivație „ascunsă” îl suprasolicită cu treburile casnice, spunându-i continuu că „*nu e bun de nimic*”, ca apoi să-l vadă cum nu poate face față momentelor de intimitate. Atunci apare satisfacția inconștientă, substitutivă, prin care cea în cauză își exprimă latura masculină. Întâlnim aici **modelul matern feminin introectat** și care era, probabil, de tipul „**sadic masculin**”.

Relația cu R.

Primele relatări despre acesta sunt în încercarea de analiză a unui vis, în care cel în cauză moare. La trezire, urmează în real comportamentul *compulsiv* de a-l căuta. Este evidențiată **ambivalența în raport cu sexul opus. Agresivitatea fantasmatică este combinată cu neclaritatea scopului erotic.** Acesta este complementul resimțit sub forma de coșmar al situației în care R. o părăsește – moment caracterizat printr-o puternică stare afectivă negativă. Depresia se manifestă prin fatigabilitate și denivelare motivațional-volitivă, care traduc **nesiguranța sinelui corporal**. Un moment are ideea sinuciderii, după care, **printr-un mecanism de apărare de tip proiecție senzitivă** afirmă: „*răul venea de la el; el trebuia să moară*”.

Analiza sferei erotico-sexuale

Din descrierea figurilor marcante ale copilăriei se conturează tabloul unei **mame castratoare, la rândul ei cu complex de castrare**, vizavi de care apare o **revanșă patologică interacțională** sub forma prezenței **fantasmei lesbiene** (relatăta ca imaginație reproductivă în timpul actului sexual, pentru a atinge orgasmul).

În dialog, folosește frecvent ideea de *protezare*, dar are mai multe acte ratate în care apelează la termenul de *protezare*. Introducerea necesității de instrument pentru protecție poate simboliza falusul (**fantasma penisului castrat**), ce exprimă **insecuritatea emoțională prin neacceptarea identității sexuale feminine**.

La început, a exagerat importanța relației *intime* cu L., neinteresând-o și integrarea spirituală, deoarece, în plan fizic, căuta în permanență ceva care să-i amintească de R. Această disperare o face să nu mai poată atinge experiența orgasmică în absența reprezentării unor scene fantasmatică cu partenerul dorit. Cu noul bărbat, primele experiențe sexuale sunt trăite cu plăcere, ulterior însă, totul devine stereotipie – preferă anumite poziții, „face totul singură”, **utilizându-și partenerul ca pe un obiect**, cerându-i să aibă din ce în ce mai puține gesturi, astfel încât să-i lase impresia că nu există în cameră. Descrie încercarea de a atinge orgasmul ca pe un chin, ca pe „*ceva necesar*”, ce trebuie făcut pentru ca ulterior să fie *bine* (un „*bine*” văzut în sensul unei răzbunări pe R. – **fantasma revanșei complexului de castrare**). Actul în sine devine **un ritual sadic**, în care, **de fiecare dată**, după cum ea însăși afirmă, „**îl ucide pe cel iubit**”, ca un mecanism de apărare. Din ce în ce mai frecventele experiențe finalizate cu anorgasmie îi cresc tensiunea psihică, mergând până la stări de atac de panică. Datorită refulării, plecând de la ideea de bază a uciderii, în final apare visul în care R. moare, iar anxietatea inconștientă generează gestul compulsiv de a-l căuta.

Există o **fixație infantilă** legată de scena actului sexual „*văzut, și nu închipuit*” dintre părinți. Drept complement conștient (deși nu întotdeauna pe deplin) apare ideea acuplării ce trebuie să conțină ceva sadism; în însuși faptul de a-i cere partenerului să

participe într-o formă cât mai pasivă funcționează un sadism mascat. Transformarea coitului în *ritual al uciderii* este o formă de agresivitate cvasimanifestă, de care cea în cauză are nevoie pentru a putea funcționa mecanismul proiecției și mai ales al **transferului**, căci „la urma urmei, nimeni nu poate fi ucis în lipsă” (Freud).

Dorința de a avea un copil revine repetitiv, dar cu mențiunea că-i este frică de sarcină și de experiența nașterii. Nu remarcă rolul partenerului și ar dori ca bebelușul „să vină dintr-o dată”. Regăsim aici o **imaturitate afectivă de fond, o ne-maturizare psihologică prin neasumarea responsabilității**. Dublul complex de castrare, transmis prin model educațional de la mamă la fiică, determină și translația modelelor de rol matern feminin. Dintr-o altă perspectivă (jungiană), dorința de a avea un copil, în mod inconștient bărbatul lipsind și cu **păstrarea nealterată a imaginii narcisice**, exprimă o reminiscență a gândirii primitive, a mentalității arhaice, din ceea ce este universal recunoscut drept „mitul nașterii virginale” – fantasmă, de altfel, obișnuit întâlnită la adolescente.

Relația cu mama este dominată de o atașare exagerată, legată conștient prin iluzia că mama i l-a „oferit” pe R. ca instrument de autoprotecție. Acesta, inconștient, **o substituie pe mamă**, motiv pentru care anxietatea de fond a celei în cauză se menține crescută, deși alegerea este conformă cu Supra-Eu-l colectiv. Este dovedită existența unui complex oedipian în forma sa negativă, ce și-a lăsat amprenta în structura personalității și în orientarea dorinței, arătându-și doar *parțială* rezolvare în acest tip particular de alegere (după F. Dolto, 1993). Gestul de a-l căuta (considerat ca defensă prin care se combate angoasa), urmat visului, poate fi explicat prin faptul că bărbatul iubit este perceput ca **partener unic și absolut** („obiectul total” – în viziunea neopsihanalică a lui Melanie Klein). Frica relese din pericolul de a-l pierde din cauza sadismului propriu. Aceasta este de suprafață, căci în subsidiar există depresia – dar care **nu** este regăsită la nivelul relației originare cu mama, ci proiectată la nivelul acestei noi legături. În spijinul afirmației vine și frecvența oscilare a celei în cauză între exuberanță și epuizare, agresivității substituindu-i-se anxietatea.

Întâlnim mecanisme de idealizare a partenerului, dar și încercarea de control omnipotentă a acestuia (*consideră că indiferent ce altă relație și-ar putea întemeia, R. nu se poate despărți afectiv de ea*). Dorința de a-l poseda în mod absolut poate fi explicată prin orgoliul Eu-lui și impulsul puterii, acest **protest viril** nefiind decât nevoia de a se valoriza în proprii ochi. În momentul în care a fost întreruptă definitiv relația, a apărut ideea că „trădarea” acestui bărbat rănește nucleul existențial cel mai profund sub forma unei rupturi *mortale*. Este de înțeles cum dragostea se prefacă în ură, cum sentimentul autodistrugerii împinge în chip sălbatic și la distrugerea celui ce i-a fost cauză, la asasinarea (cel puțin fantasmatică) a celui ce a trădat (după J. Evola, 1994).

Psihoterapia a vizat **devenirea**, cea în cauză urmând să-și dezvolte mecanismele de punere în valoare a trăsăturilor sale adaptative. Accentul trebuie pus pe amintirea valențelor de trăire plenară a „laturilor” afectivității și, în genere, a experienței organice.

Saltul în maturizare se concretizează și este completat de conștientizarea potențialului propriu, nefolositor, „ascuns”, reliefându-se trăsăturile de minuțiozitate și perfecționism.

Procesul terapeutic a fost greu de condus, datorită dependenței marcate a celei în cauză, acesta fiind un element fragil ce trebuie „manevrat” cu grijă. Datorită

caracterului bipolar al personalității adolescentei, „adezivitatea” afectivă este de preferat instabilității emoționale, insomniei, hiperactivismului, iritabilității și irascibilității. A existat riscul unui puternic transfer pozitiv, deoarece în această perioadă a „pubertății tardive” – încărcată și marcată de autentice psihotraume timpurii, dublate de o situație „nefericită” în care tânăra și-a început activitatea sexuală (context parțial căutat inconștient) – metaforic vorbind, „se redeșteaptă” capacitatea de trăire, de rezonanță empatică, datorită căreia virează ușor spre hiperemotivitate.

În absența unui terapeut bărbat, am avut surpriza activării senzitivismului și susceptibilității, apărând transferul negativ. Dincolo de elemente centrate pe simptom, s-a utilizat o psihoterapie de suport, ce vizează susținerea Eu-lui. „Întărirea” este greu de realizat, deoarece ar fi necesară colaborarea apropiată a mamei, lucru aproape imposibil, deoarece este „amprentată” de specificul personalității adolescentei. Culpabilitatea acesteia, deși nejustificată, favorizează imaturitatea, anxietatea, egoismul și preocupările fantasmaticale ale tinerei.

Psihoterapia de suport nu poate lupta împotriva egocentrismului sau agresivității, ce au puternice motivații inconștiente, dar le poate „amâna” și „modela” manifestarea în timp. „Vitaminizarea” Eu-lui reduce instabilitatea dispozițională, anihilând dependența față de mamă sau față de elementul său substitutiv (R.). Prin creșterea responsabilității în raport cu sarcinile personale se elimină apariția beneficiului secundar și se reduce exprimarea proceselor afective primare, cum ar fi izbucnirile în plâns, furie sau chiar veselie nejustificate. Fără ca terapia să poată influența capital excitabilitatea de structură a acestei adolescente, prin creșterea autocontrolului am putut mări timpul între accesele de manifestare a crizelor de nervozitate.

Sfera lăbilității a fost dublată de un minim tratament psihiatric (în principal, anxiolitice). Am abordat personalitatea ca un tot unitar, cu problemele sale de adaptare, dar și cu un potențial neconștientizat ce trebuie valorificat (orientare gestaltistă). Scopul a fost refacerea capacității de evoluție, ajutând-o să-și depășească impasul existențial dictat de „invalidarea” sa psihică prin complexul de inferioritate (legat de aspectul exterior), dublat de sentimentul neîmplinirii fizice ca femeie. Totodată, momentul de dificultate se datorează și statutului său social (deși cu realizări școlare deosebite, se teme în prezent pentru reușita la facultatea de medicină). Pornind de la discuții libere, a realizat treptat „tatonări” asupra unor posibile situații în care experiența orgasmică devine o modalitate de punere în valoare a valențelor „bune” și a potențialului recuperativ.

Ajutată de tehnica imaginației, reușește să intre în contact cu nevoile sale neconștientizate. Recunoașterea „neîmpăcării” cu situația actuală a constituit un adevărat punct-cheie (deoarece se învârtea într-un cerc al satisfacțiilor vicioase cu rădăcini auto- și heteroagresive). Acesta a fost un element princeps ce i-a particularizat terapia, deoarece, consecutiv, s-a diminuat tendința intrinsecă la izolare și beneficiile secundare ce favorizau evaziunea în *probleme*.

Pentru producerea *insight*-ului am încercat ghidarea spre o evaluare corectă a propriilor sentimente, evitând verbalizările fără sfârșit. Datorită structurii cu note senzitive, era înclinată spre căutări perpetue și interpretări proprii, originale, ale perturbării sale la modul generic. Acele „*de ce mie?, de ce eu sunt frigidă?*” reveneau obsedant în dialog. Pentru producerea decentrării, am utilizat experiența imediată, acel „*ce observi despre cum ești tu, nu ce crezi despre tine*”.

A fost învățată că în majoritatea timpului *„Ea este Ea”, „este altceva decât mama sa și decât aspectele fantasmatice în a căror lume se învârtă”*. Ședințele terapeutice le-am folosit pentru a descoperi *„cine este”,* acel *„a face din Eu-l său un aliat împotriva tulburărilor proprii”,* neputând nega existența problemelor inconștiente, dar diminuându-le importanța și semnificația. Este vorba de crearea sentimentului toleranței, autoacceptării, scăderea rigidității Supra-Eu-lui. Învățând să-și asume răspunderea pentru propria fire (acel *„așa sunt și mă accept”*), își asumă, implicit, răspunderea pentru modul în care interacționează cu ceilalți, luptând pentru integrarea sa socială (ea fiind, de altfel, o mare izolată, trăind într-o lume a ideilor, mișcându-se în viață cu temerile și nemulțumirile rezultate din contactele anterioare). Terapia a vizat încercarea de a înțelege că inabilitatea și eșecurile sunt consecința reeditării aceleiași tip de relații disfuncționale.

Experiențele anorgasmice trecute îi creează o vigilență crescută în raport cu cea mai mică „abateră” de la „buna desfășurare” a actului sexual. Sentimentul culpabilității față de elementele conștientizate ale propriului sadism deghizat în frigiditate îi imprimă o anumită reținere, cenzurare, hipercontrolabilitate, ce măresc și mai mult tensiunea interioară. Învățând că nu se întâmplă nimic dacă se manifestă plenar din punct de vedere sexual, reușește să iasă din „capcană” prin propriile forțe.

Pentru a „controla” mai eficient labilitatea emoțională, am adăugat psihoterapiei suportive elemente rațional-emotive. I s-a explicat pacientei că **nu** anorgasmia menține neliniștea psihică, ci preocupările excesive legate de incapacitatea trăirii acestor senzații și cerințele „limită”, conform cărora *„experiența orgasmică trebuie trăită total, de fiecare dată și cu orice partener”*. Relativizarea ce decurge din renunțarea la absolutism crește complianța și potențează în timp rezultatele.

A reușit cu ușurință să facă diferențierea între credințele raționale prin intermediul cărora își exprima dorința de maturizare afectivă și complementar sexuală și aceste postulate frizând iraționalul. A învățat să lupte prin contraargumente ce generau autoajutorarea în vederea „achiziționării” unui comportament adecvat. La aceasta a contribuit inclusiv buna informare a adolescentei cu privire la sfera erotică, încercând o minimalizare a conotațiilor negative legate de „disfuncții”. A putut să conștientizeze singură care sunt gândurile autoperturbatoare și cum majoritatea lor vizează aspecte repetitive, mascate, legate de figurile marcante ale copilăriei și preadolescenței. Contraargumentele au fost alese astfel încât să aibă forță pentru producerea unui insight de natură emoțională, nu doar intelectuală, după care a fost capabilă să discrimineze între sentimentele adecvate și cele neadecvate și să identifice stările afective negative – consecința eșecului în plan sexual – ce se proiectează în prezent, cum ar fi: panica, depresia, neacceptarea propriei persoane.

Momentul cel mai greu de depășit a fost realizarea legăturii dintre gândurile iraționale și sentimentele neadecvate. Au existat multiple puncte de blocaj într-un anumit stadiu, în care cea în cauză conștientiza iraționalitatea și absurditatea anumitor cerințe, dar fără a realiza o legătură cauzală cu stările negative sau cu instabilitatea sa dispozițională.

Fără a cădea în capcana de a-i „cupa” exprimarea emoțiilor, ea a putut fi „modelată” în exteriorizarea afectelor.

Apariția egocentrismului a fost oarecum accentuată și de hiperprotecția familială. Astfel, și-a construit cu ușurință postulate de tipul: *„ceilalți trebuie să-mi facă întotdeauna pe plac”*. Când este contrazisă, se dezvoltă senzitivismul – tendință

greu de ținut sub control în cadrul psihoterapiei, motiv pentru care am *interzis* în anumite clipe furnizarea unui număr prea mare de detalii legate de evenimentele psihotraumatizante sau de Eu-I matern hiperinflativ.

Această repetitivă povestire avea, de obicei, un efect catharsic pe moment, dar nu conducea la restructurare profundă, ajutându-o să-și „iubească” nefericirea. Am ponderat explicațiile nesfârșite și descrierea panicii autodistructive, punând accentul pe gândurile ascunse. „Dărmarea” axiomelor a fost împletită cu imageria pozitivă: „*nu voi fi întotdeauna respinsă, ci uneori voi fi acceptată așa cum sunt, dacă mă apropii de oameni*”.

Am evitat excesul de gânduri pozitive, deoarece caracterul lor utopic, corelat cu adezivitatea celei în cauză, facilita un transfer maxim, pavând calea spre dezamăgiri viitoare.

Rezultatele terapeutice obținute au fost de următorul aspect:

- să învețe cum se poate renunța la simptomele asociate tulburării de dinamică sexuală (anxietate, dispoziții depresive de cauză neconștientizată, panică, sentimente de disperare);
- să reducă alte aspecte disfuncționale (teamă de a rămâne singură, obsesia rejecției, frica de a nu putea face față stresului unui examen de admitere);
- încercarea de a aplica cele însușite, pentru a preîntâmpina apariția situațiilor ce-ar putea-o perturba;
- datorită senzitivității, a reușit numai parțial să conștientizeze că se perturbă singură într-o măsură mai mare decât o perturbă ceilalți sau împrejurările de viață; cu toate acestea, a căpătat un oarecare autocontrol, pentru a reduce suferința apărută;
- fără a încuraja „excesele” de orice natură, am ajutat-o în proiectarea unui scop, făcând-o să-și comute atenția de la stările afective negative;
- o dată cu renunțarea la eticheta „*eu sunt total diferită*”, a realizat cum existența capătă un sens real, ceea ce a făcut-o să abandoneze trăirile de inutilitate; clarificarea anumitor aspecte i-a adus plăcere din interesele vitale, reușind să accepte mai ușor laturile mai puțin agreabile ale drumului propriu, creându-i-se sentimentul utilității;
- pentru a depăși barierele dependenței, a trebuit să-și însușească un nou mod de gândire: indiferent cât de nefiresc s-au comportat ceilalți cu sine, ea s-a „speriat” emoțional în momentul în care a început să creadă în ideile greșite ale celorlalți. Lucrul a fost dificil datorită relației sale *particulare* cu mama, caracteristicile acestei „simbioze” incluzându-se de timpuriu în sistemul perceptiv-autoperceptiv al adolescenței;
- completând perspectiva anterioară, „operarea” asupra trecutului a fost o indicație relativă și datorită excitabilității structurale a celei în cauză, ce induce pe de-o parte rezistență scăzută la frustrare, iar pe de alta – tendință la catastrofizare.

CAPITOLUL 10

Avatarurile disperării existențiale

*Să fetișizăm destinul,
Lispiți de el, noi suntem goi,
Sărutați cu grijă chinul,
Absurdul vieții suntem noi.*

10.1. Nevroza

10.1.1. Structura nevrotică – marcă a lumii moderne

Societatea contemporană ne determină ca, atunci când ne autocaracterizăm, să folosim din ce în ce mai frecvent atribute ce ne-ar putea scoate în evidență *impactul produs de stresul cotidian*. Acest concept, amplu răspândit și oarecum „la modă” în „high-life”-ul vieții americane, a făcut ca în toate revistele cu influență asupra publicului larg să fie publicate *scale* mai mult sau mai puțin științifice, valide – construite ca o tentativă de a *cuantifica* acest „flagel al civilizației”. Tot *lumea modernă* este cea care ne aduce în prim-plan ideea că numărul *nevroticilor* este imens – latura psihologică pierzându-și puterea de a rezista în fața dimensiunii sociale a fenomenului de *stres colectiv* la care suntem supuși fără voie de actuala și acuta „luptă a junglei”.

Ceea ce se cunoaște mai puțin este faptul că *drama* nevroticului este reală și amplu resimțită. Dorința de a-și desfășura activitățile se păstrează, dar ceea ce lipsește este puterea de muncă, deși este prezentă o involuntară tentativă combativă. Acești oameni sunt dominați de labilitate, deprimare, „doboriți” de evenimentele de moment, considerând suferința prezentă ca cvasipermanentă și fără posibilitatea de a se atenua în timp, deoarece le lipsește capacitatea de a **se imagina** în situații viitoare fericite (acel „a accepta” că „au dreptul” să se bucure). Încă de primul contact este resimțită plenar trăirea reactivă a oricărei psihotraume, ruminările adiacente provocând oboseală, deși, concret, această epuizare este mai mult psihică, în real ei reușind să facă față sarcinilor concrete, dar cu un consum energetic suplimentar. În nevroză este profund modificată **autopercepția**, indivizii gândind și reacționând mai bine și mai adecvat decât afirmă, dar având afectat modul în care își interpretează propriile performanțe cognitive.

Cenestopatia apare ca o compensație, după o regulă inconștientă de tipul: „*dacă nu sunt în centrul preocupărilor celorlalți, mă gândesc singur la mine*”, accentuându-și astfel orice minimă „disfuncționalitate” a propriului Eu. În general, nu există o senzitivitate sau o suspiciozitate crescută, cu excepția situațiilor când nevroza durează de mai mult timp și se „structurează”, astfel încât încep să aibă convingerea că îi supără pe cei din jur cu propriile probleme sau chiar cu existența însăși. În paralel,

întâlnim sentimente de vinovăție, care exprimă suferința, într-o manieră excesivă, ca și cum ar fi o formă deghizată de a se face acceptați (își etalează durerea morală în speranța de a stârni mila și indirect adeziunea celorlalți, chiar dacă sub forma patologică a compasiunii). Sunt indeciși, „neconfortabili” în „formele” proprii, dubitativi, ceea ce face ca și în banale conversații cu colegi sau prieteni, amplitudinea vocii să le fie profund modificată.

Pentru ei viața nu pare „stupidă”, dorindu-și să o simtă și să o înțeleagă, motiv pentru care mărturisesc „în exces” celorlalți propriile neliniști, din dorința de a cere o soluție, văzând în multitudinea contactelor sociale un posibil *ajutor*. Acel „*eu nu sunt bun de nimic*” reliefează chintesența mecanismului nevrotic, dar și punctul de plecare al oricărei terapii. Dintre trăsăturile din gama excitabilității sunt prezente numai irascibilitatea și iritabilitatea, nu și impulsivitatea, astfel încât cei în cauză nu reproșează nimic celor din jur de frica de a nu fi respinși, lucru interpretat ca maximă pedeapsă pentru o personalitate ce „captează” rapid orice urmă de afectivitate primită. Pe de altă parte, nevroticul nu mai are ce reproșa celorlalți, deoarece totalitatea acuzațiilor este întoarsă asupra sieși. Neodihna este dată de conflictul cheltuitor de energie, situat în inconștientul tensionat, ce nu permite relaxarea de teamă că ar putea ieși la iveală afectele reprimite.

Nevoia de afecțiune este o importantă „pârghie” a acestei personalități ce dorește **acceptarea** „pe orice căi”, chiar cu prețul de a fi compătimit, iar atunci când nu o obține, suferă, se victimizează – ca o compensare. Inutilitatea, incapacitatea și devalorizarea reprezintă inversiunea ideii: „*Nimeni nu vrea să mă ajute*” (reprimată fantasmatic și repliată pe propriul Eu), ceea ce generează trăirea dramatică a nefericirii, ca sentiment ce le domină existența.

„A avea nevoie de celălalt” este motoul unui asemenea individ. Ei nu se pot „aduna” în situații importante, fiind dispați în gânduri și comportamente, dominați de psihotraumele, labilitatea și angoasele micii copilării, văzute ca centrul patogen al vulnerabilității actuale. Se percepe nesiguranța în relaționare, ca un fel de „rezervă față de celălalt mult dorit”. Aceasta îi face să uite și să ierte rapid greșelile anturajului, mai ales că nu au curajul de a riposta nici măcar atunci când au dreptate, din disperarea că respingerea le-ar putea readuce în minte angoasa copilului amenințat direct sau metaforic că „ar putea rămâne singur pe lume”.

Desenele nevroticilor sugerează o puternică înclinație spre trecut, un regret al „vremurilor de mult apuse”, o instabilitate emoțională asociată cu anxietatea și depresia, „salcia plângătoare” fiind frecvent regăsită. Crengile sunt amputate, scrijelite, sugerând închiderea relațiilor sociale din proprie inițiativă, de multe ori fiind asociate cu cioturi ale traumelor îndepărtate – posibile puncte de fixație pentru o „imersie” în lumea copilăriei prin regresie. Dintre aceștia pot fi recrutați subiecții „introversiei visătoare”, închiși în sine, stângaci, timizi, ce-și inhibă mișcările reale, dar capabili de IMAGINAȚIE.

De multe ori apare asociată isteria, situații în care depresia încearcă „să se descarce” prin manifestări comportamentale sau somatice diverse. Structura, mai ales în cazul femeilor, este de tip imatur-impulsiv, dispoziția tristă putând fi considerată cauză și efect ale inhibării oralității (tinere care nu au cu cine vorbi, sunt devalorizate de partenerii de viață, își „alungă” orice dorințe, inclusiv cele instinctual primare – de hrană, prin cure de slăbire îndelungate și nejustificate). Se conturează un „Eu în pericol”, aflat *în criză*, în care toate mecanismele de apărare sunt mobilizate împotriva

antagonismelor pulsionale perturbătoare. Deoarece adevărata criză se consumă în interior, în lupta cu complexul inconștient, întreaga energie vitală este investită acolo. Individul se străduiește să se adapteze, supunându-și conștiința unei tensiuni permanente, ce generează presentimentul catastrofei. Aparența se desfășoară în exterior, în contruntarea cu situațiile sociale, cu problemele existenței cotidiene, cu psihotraume clasate de ceilalți ca inofensive, în timp ce la bază stau clivajele afective, dilemele de acrosaj-detașare sau dificultățile de autoevaluare.

Deciziile vieții sentimentale exprimă „alegeri critice”, ca supape pentru detensionare. Dominantă este evitarea, deoarece Eu-l care ia poziție devine flotant sub presiunea angoasei și nu poate opta cu ușurință. Cel mai frecvent, profilul alcătuit scoate la iveală un individ CONCENTRIC – în sensul nu de introvertit (deoarece în nevroza depresivă asociată cu elemente histrionice subiecții sunt mai degrabă „deschiși” și dornici de a găsi o oglindă în care să-și regăsească propriul Eu), ci de preocupat subiectiv. Acești indivizi, inclusiv atunci când poartă o conversație, privesc temele despre care discută ca pe extensii ale sinelui. Însă ușurința în a vorbi despre propriile nerealizări numai în mod greșit și superficial poate fi interpretată ca extroversie autentică, ea nefiind altceva decât o nouă investire narcisică susținută prin participare mutuală de cei ce-i ascultă *necazurile*.

10.1.2. Partenerul – realitate și imaginație

Întâlnim la tot pasul personalități nevrotice, pentru care este dificil de înțeles că viața este incalculabilă și de necontrolat. Din punct de vedere comportamental și relațional, aceștia sunt înclinați spre ceea ce am putea numi „*a face din partener o soluție*”. Este vorba de un abandon al Eu-lui, când celălalt poate să umple golurile afective ale copilăriei sau să ofere energie vitală, transformându-și forța caracterului în punct de susținere și devenind dintr-o dată „încărcat precum un pom de Crăciun” cu toate calitățile posibile.

Dacă această „*construcție*” depășește cu mult realitatea, va veni un moment în care aspirațiile legate de *ceea ce ar putea fi* sau *ar putea face* celălalt nu vor mai fi la „standardele dorite”. „Spargerea globulețelor imaginare” apare atunci când evenimentele vieții cer luciditate maximă, astfel încât perceperea celui alt se face **așa cum este el în realitate**, fapt care pentru partenerul imatur acutizează sentimentul îndoielii și incapacității de a fi un **EU**. Fragilitatea sa psihică determină fluctuantă în planul afectivității, la aceasta contribuind și problemele celui alt: *el obosește să tot fie un sprijin*.

În mod normal, acel „a fi împreună la bine și la rău” este departe de a însemna preluarea problemelor celui alt. Dincolo de a fi obositor, intervine următorul aspect: partenerul înclinat spre o personalitate dependentă uită să se iubească pe sine. Afirmția nu este făcută în sens narcisic, ci în sensul stimei față de propria persoană. Omite să-și oprească „o parte a sa”, acel **element surpriză** al felului de a fi ce ar trebui exteriorizat în crizele de maximă tensiune emoțională a cuplului.

Deși misticismul copilăriei ne face să ne dorim din partener un **alter ego**, urcușurile și coborâșurile inevitabile ale vieții de mai târziu ne fac să înțelegem că, nu numai pentru noi, ci și pentru celălalt, este bine ca o anumită plasticitate comportamentală să poată reliefa aspecte inedite în momentele de plafonare afectivă (după I. Mitrofan și N. Mitrofan, 1994).

Exemplu: K. J., 42 de ani, s-a considerat întotdeauna o fire mai emotivă. A avut de suportat în copilărie atât neînțelegerile părinților, cât și teama de un tată hiperautoritar și dezamăgirea de a avea o mamă dezinteresată. Soțul a fost primul bărbat pe care l-a întâlnit. Investiția afectivă a făcut-o deopotrivă pentru perceperea lui ca pe o soluție, o alternativă față de apartenența la o familie în care nu se simțea dorită, dar și pentru calitățile sale: un om perfect echilibrat, în egală măsură cu calm și simțul umorului, cu o puternică imagine de conducător al familiei, fără tendința de a domina.

Treptat, s-a lăsat furată de tăria lui de caracter, mulându-se ca o liană pe această personalitate puternică. Întotdeauna, anxietatea ei de fond se exterioriza prin frecvente oscilări afective, mai ales în momente ce vizau tăria de caracter: îmbolnăvirile copilului, cutremurul, moartea tatălui, situații pe care le-a putut depăși datorită căldurii soțului. Acum însă, acesta s-a schimbat: din cauza unor probleme de serviciu și-a pierdut ceva din încrederea în sine, a obosit să fie continuu un sprijin, se simte părăsit și vede în soție *copilul mai mare*. Pe fondul dezechilibrului profesional, trăiește acut orice modificare minoră în cuplu. Relația tensională este în dublu sens și doar resursele inventive, ingenioase și creative ale unuia dintre ei i-ar putea salva.

Ca o primă interpretare, am putea descrie structura celei în cauză ca fiind dominată de tendințe nevrotice. În plan comportamental – acea parte a aisbergului ce ajunge la lumina conștiinței – se exprimă prin sentimentul nepriceperii și înclinția de a se învinui pentru orice eveniment nefericit. Este dominată de reflecții nesfârșite legate de ceea ce a spus sau ar fi putut spune, de ce a făcut sau ar fi putut face, de replicile primite sau de efectul spuselor sale. Pentru ea, reversibilitatea timpului psihic este doar un mod de a se raporta în permanență la trecut prin critică și un mod prin care tendințele masochiste tind să se permanentizeze (după K. Horney, 1995).

Crezând în universalitatea operației de comparare, mai mult sau mai puțin rațională a gândirii, ea știe că nu i se poate sustrage, dar în mod defensiv are acea reacție de a nu face vreo greșală în cadrul cuplului. Acest mers „ca pe sârmă la cerc” și frica permanentă de *a nu fi dată de gol* induc cu ușurință o rigidizare a relațiilor în cadrul diadei.

Hipercontrolabilitatea și canalizarea propriilor reacții îi imprimă un comportament „provocator”. Din partea soțului atrage respingere, care, fie și numai sub aspect verbal, grefate pe o hipersensibilitate la critică, exacerbează distorsiunea comunicațională.

O încercare nereușită de rezolvare este proiectarea propriilor afecte agresive generate de ideea „groaznicului sfârșit” asupra partenerului, când de fapt suferința e dată de profunde sentimente de culpabilitate înconștientă pe care cea în cauză e „obligată” să le ispășească prin nefericire, acest pattern fiind pus în relație directă cu nevoia de pedeapsă.

Ea este o structură nevrotică, la care este evidentă diferența marcată între nivelul aspirațional și ceea ce poate realiza efectiv cu potențialul său aptitudinal și relațional sau, altfel exprimat, dihotomia dintre fațada de perfecțiune și propriile deficiențe. Încercarea permanentă de a-și apăra această aură se face cu o falsă mândrie, ce se substituie respectului de sine. Teamă de comparare exprimă teama de prăbușire a aparenței, ce ascunde un Eu fragil și instabil. Autoînvinuirile sale sunt consecința dorinței de a părea perfectă, trebuință ce se manifestă imperativ. Ea se acuza singură, făcând astfel „o mișcare strategică”, căci își împiedică soțul să o mai învinuiască (K. Horney).

„Delegarea” răspunderii către partener este imediat urmată de creșterea anxietății. Există o legătură biunivocă între frica de a-și acuza soțul și dependența de acesta.

motiv suficient pentru dezvoltarea sentimentului de a fi neînțeleasă și imaginea de om altruist, ce lesne poate fi insultat și înșelat.

Nevroticii sunt oameni la care predomină, ca și în primele perioade ale vieții, necesitatea de a trăi într-o lume previzibilă și ordonată, căci, la urma urmei, *nevoia de protecție refuzată copilăriei își spune cuvântul!*

10.2. Alcoolul

10.2.1. O fragilă omnipotență...

Avatarurile acestui vechi și fals prieten sunt incalculabile. Sociologii au estimat că pierderile ocazionate de consumul de alcool sunt mai mari decât distrugerile tuturor războaielor ce au încercat omenirea. Dincolo de supozițiile ereditare și biologice, rămâne în discuție *personalitatea consumatorului*. Se spune că alcoolicii sunt indivizi ce suportă greu anxietatea, depresia și prejudiciul. Cu toate acestea, există persoane ce au traversat momente crâncene fără a deveni alcoolici.

Putem vorbi despre o *vulnerabilitate*, situație în care întâlnim trăsături precum imaturitatea, nesiguranța, dependența și intoleranța la frustrare. O serie de mecanisme psihologice cum ar fi, de exemplu, imitația, compensația, evitarea, autoagresivitatea și compulsiunea morbidă le pot condiționa conduitele. Cei mai mulți au o fire „mai slabă”, labilă, în fața dificultăților, recurgând la drog în mod „terapeutic”, din necesitate.

Nu trebuie pierduți din vedere nici factorii de mediu:

- disfuncțiile familiale determină predispoziția consumului excesiv, familia alcoolicului putând fi considerată un sistem mal-adaptativ instabil; printre factorii relevanți ca motivații sau autojustificări amintim: neînțelegeri între parteneri, mergând până la violență și agresivitate maritală, sentimente de culpabilitate, alungări din domiciliul conjugal, infidelitate, disensiuni cu rudele apropiate, pierderi de bunuri, lipsuri materiale, prezența în apropiere a persoanelor invalide, decese, divorțuri.

- factorii socio-profesionali – eșecul școlar, șomajul, condițiile grele de muncă, insatisfacția profesională, insecuritatea serviciului, statutul social necorespunzător nivelului de aspirație și expectație.

- se remarcă de asemenea impactul cultural; în anumite grupuri există ceea ce se numește „presiunea de a bea”, care uneori este foarte mare (se începe cu insistențe, spre a se încheia cu ofense; alteori, există o tendință „înduioșătoare” prin care membrii grupului se interesează de fiecare participant la consumul respectiv); aceasta se exercită în virtutea ideii că alcoolul este energizant, oferind forța fizică și putere, pe de altă parte, el fiind un stimulent pentru relaționare; uneori, în medii rurale, subculturale, și copiii sunt crescuți astfel – „*bea, să arăți că ești bărbat*” – sau se ajunge la situații caricaturale de tipul: „*bea, ce ți-e frică de nevastă?*”.

Mulți dintre partenerii cu tulburări sexual-afective în viața intimă acuză alcoolul, neputând totuși să renunțe la acesta. Este ca și cum plăcerea substitutivă, oferită de euforia drogului întrece satisfacția actului în sine. Deși frecvent se gândește *în favoarea* etanolului, accentuându-se aspectele sale pozitive – facilitarea comunicării, înlăturarea barierelor și inhibițiilor psihice și depășirea momentelor dificile – din punct de vedere farmacocinetic, la doze mari, prin impactul cortical negativ, alcoolul afectează erecția.

Ne interesează însă de ce viața de cuplu are ca alternativă „**soluția alcool**” (respectiv, tranchilizante sau orice altă formă a toxicomaniei). Aspectul reliefat este clar – o sublimare insuficientă în alte domenii. Dincolo de aceasta, rămâne a crede că „*lucrurile se vor rezolva de la sine*”. Este doar o falsă senzație ideea că se compensează CEVA, cu atât mai mult frustrarea! Ne punem întrebarea, în ce măsură cel ce recurge la asta crede, într-adevăr, că este o variantă sau, dacă nu cumva, este vorba de un comportament voit de a-și face rău.

Cortegiul tulburărilor organice și psihice declanșate mărește instabilitatea nucleului familial. Dacă este vorba despre o femeie, cu atât mai puțin soțul se va mai putea apropia de ea, văzând aspectele chinuitoare, dar și dezgustătoare ale acestei drame. Și chiar dacă mila este stârnită, barometrul fin ce traduce dorința de stabilitate emoțională în relația cu un posibil partener normal îl va determina să fugă, degradarea căsniciei urmând celei psihice. Să nu uităm că un element fundamental al imaginii sociale negative este reacția emoțională violentă la ideea că o astfel de mamă nu se poate ocupa suficient de copiii săi.

O altă problemă a acestor familii, de care ne lovim la tot pasul, deși este des mascată, este cea a geloziei, întrucât alcoolul micșorează potența sexuală, deși, aparent, crește libidoul.

Un exemplu de frustrare afectiv-erotică ar fi și cazul inginerului T.C., de 39 ani. După cum singur afirma, „*în tinerețe*” a avut o căsătorie fericită. Cu patru ani în urmă, soția „a încercat” o relație cu cineva de la serviciu (cei doi soți lucrând împreună), un bărbat cu poziție importantă în consiliul de administrație. Soțul nu a aflat niciodată „cât de departe” au ajuns faptele, cea în cauză invocând de fiecare dată „o simplă relație între colegi” sau recunoscând că „el i-a făcut avansuri” pe care „a fost obligată” să le primească din cauza statutului său.

Soțul înșelat a recurs la alcool. În prima fază, a stârnit compasiunea soției, care s-a întors la el, renunțând la toate avansările promise profesional. Din păcate, el nu a putut renunța la acest viciu, fiind chinuit în permanență de ideea continuării legăturii dintre cei doi. Povestește cum drogul „îl ajută” să depășească în fiecare zi suspiciunile, convingându-l că, poate, totuși o să fie bine.

Cu toată „forța” dată de alcool, relațiile cu soția se deteriorează din ce în ce mai mult. Se simte vinovat pentru neputința efectuării unui act sexual complet, deși soția nu îi reproșează niciodată (acuzele ei limitându-se la degradarea fizică și psihică). Trăiește acut un greu moment de conflict motivațional, afirmând că ar dori ca ea să-i „reclame” fățiș aspectele vieții intime, căci atunci ar renunța la drog, deoarece între ei s-ar elucida adevărata problemă.

10.2.2. Personalitatea, comportamentul și drama alcoolicului

În zilele noastre, sunt din ce în ce mai multe femei care apelează la un psiholog pentru destructurarea relațiilor conjugale, justificată cu naivitate prin sintagme de tipul: „*știți, soțului meu îi cam place să bea*”. Aceasta este aparența, ceea ce sesizăm la primul contact, dar, o dată cu continuarea ședințelor de terapie, sunt scoase la iveală toate jignirile, înjosirile și tragediile unei legături fragilizate, alături de disperarea dată de ideea ireversibilității. Instinctul de supraviețuire le învață să dea crezare și să pună

în aplicare *sfaturile* vecinilor „mai cu experiență”: „când te mai bate iar, cheamă poliția și salvarea, venim și noi martori și îl internezi cu forța la spitalul de nebuni”. Situația șochează și trimite în mod acut la **anularea problemei liberului arbitru**. În ceea ce privește o astfel de personalitate. Care este **autenticul bine** pentru un asemenea bolnav? Dar pentru partenera de viață și copiii ce rămân în urmă privindu-și tatăl „dezorganizat” atitudinal și volitiv? Am ajuns în secolul XXI, când ne mândrim cu „învingerea” universului intergalactic și încă nu am lăsat în urmă victimele acestui „*pervers ajutor*” în depășirea momentelor grele.

Deși ceea ce ne frapează, în general, este *nervozitatea* consumatorului cronic, lucrul care se cunoaște mai puțin de către cei neavizați este că, de fapt, *în adâncul sufletului*, autenticii *băutori* sunt **depresivi**. Analizând printr-o optică exclusiv medicală, acești *nefericiți ai sorții* – excesiv și pe nedrept blamați de familie, prieteni, colegi (căci, la urma urmei, **alcoolismul este o boală** severă și încă fără tratament eficace, în ciuda multiplelor încercări medicamentoase sau psihoterapice) – fie au o anxietate crescută, paroxistică, terifiantă, fie sunt „*toțiți*” și nemodulați afectiv.

În prima categorie intră cei ce au o tentativă conștientă de luptă împotriva propriilor „*porniri*”, încercând să-și domine dependența, iar *frica* are oarecum o componentă puternic fizică, determinată de manifestările sevrajului. Ei își sesizează deteriorarea progredientă și degradarea fizică, percep acut modificările somatice date de metabolizarea alcoolului, angoasa venind „ca o replică” în fața neputinței de a „ține piept” drogului. Ea apare datorită nesiguranței Eu-lui, pacientul devenind mai „liniștit”, mai cooperant, în timp ce descărcările tensionale de tip acting-out se întorc asupra sieși și se interiorizează sub această formă. Tot aici s-ar încadra și cei la care anxietatea este dată de asocierea elementelor delirant-halucinatorii, care generează sentimente de groază și poate conduce la acte bizare. Regăsim și agitația psihocomportamentală dictată de faptul că cel în cauză nu realizează ce i se întâmplă, motiv pentru care acționează dezordonat, încercând să se apere de manifestările patologice senzoriale ce-l copleșesc.

În cel de-al doilea grup intră cei ce nu-și recunosc „**aderența psihică**” la alcool, nu resimt nici măcar consumul, pe care îl declară ca fiind *în limite sociale*. Ei nu trăiesc angoasa, ci impulsunile – sub cele mai variate aspecte: de la cele orale, exprimate ca viciu potator, până la agresivitate și trăsături explozive. Regretele ulterioare sunt date de labilitatea emoțională, care la rândul ei se originează în fragilitatea indusă de alcool. Instabilitatea afectivă, organică i-am putea spune, seamănă oarecum cu cea a pacienților ce au suferit în antecedente un accident vascular cerebral, deoarece ei se înduioșează la lucruri mărunte, tulbură liniștea semenilor pentru ceva neînsemnat și ulterior suferă puternic, căci, o dată cu „descărcarea” și detensionarea, rămâne un vid interior, ce ne explică adevărata lor „*iubire*” deformată.

Structura le este dominată de *inadecvănță*, straniețate în gesturi și sentimente, plânsul neînțeles alternând cu impulsunile clactice. Cauza este destabilizarea cenzurii, acești indivizi fiind – primitiv sau recesiv – involuați cultural, insuficient delimitați de *mediu*, cu un Eu slab și un Supra-Eu aproape inexistent. Dincolo de pertinentele modele de argumentare biochimică, în etiologia alcoolismului cronic, pentru cei în speță, un rol important îl au și *modelele culturale* – „a prelua fără a filtra prin propriile decizii” – specific imaturității. Uneori, *felul lor de a fi* sugerează inconstanță în acțiuni, iar atunci când se atinge nivelul maxim, hiperkinetismul evocă anxietatea terifiantă stării de predelirium tremens.

Trăiesc într-o lume imaginară (creată de avatarurile etanolului), prin prisma căreia și-au reconstruit istoria personală de viață. Alcoolicii se sensibilizează când își amintesc de părinți, de frați, plâng cu ușurință la evocarea aspectelor copilăriei și cred că au fost crescuți într-un mediu ideal, când de fapt la bază stau psihotraume ce au facilitat evaziunea într-o dimensiune a pararealității, susținută în prezent prin drogul ce le induce senzitivism și suspiciozitate, vinovăție și culpabilitate majoră, cât și acea „anestezie“ a moralei umane și sociale, care determină creșterea iritabilității, instinctualității și anularea gândirii logice, ei devenind sursă de tensiuni și agresiuni, prin scăderea criticii față de propriile conduite, prin pierderea simțului măsurii și al tactului.

Profilurile desenate seamănă mult cu cele ale organicilor, prin prezența aceluiași elemente puerile și prin evidențierea „fragilității“ afective (fețe plângânde, copaci cu ramuri lăsate, echivalențe ale lipsei suportului parental). Evenimentele frustrante sunt puternic și foarte plastic reprezentate, ceea ce ne determină să concluzionăm că poate fi vorba de o dorință deghizată de a-și face rău (în ultimă interpretare – derepresarea impulsurilor oralității sub influența *necazurilor* tardive se manifestă în acest mod autodistructiv). Uneori, toxicofilia poate fi și o încercare inconștientă, dar aproape întotdeauna nereușită, de a stârni milă celuilalt („măștile“ semnalând revolta și autocompătimirea inițiate de faptul că propria regresie și felul de *a se răni interior* rămân fără ecou în sufletele celor dragi).

Este bine cunoscută inhibarea sexualității – tulburările în această sferă fiind frecvente, ceea ce le exacerbează depresia, corelată cu agresivitate și sadism, deși, latent, rămâne o mare și nesatisfăcută nevoie de tandrețe. Impulsunile – centrale în structura acestor bolnavi – apar fie în prim-plan, când cel în cauză „se descarcă“ în prezent, este „puternic“, violent, de nestăpânit, fie apar de fundal, când ceea ce se exteriorizează este *frica*. În contactele interpersonale întâlnim o discrepanță, o „fisură“ în personalitatea dependentă de drog, un individ în permanentă căutare, aderența polivalentă, pierderea acrosajului la acel *cineva drag* și regăsirea sub formă patologică a accentuării importanței acordate zonei orale (dovadă faptul că recurgerea la tutun este, de regulă, asociată).

Alegerile la testul culorilor sunt în majoritatea cazurilor cu violet ca primordial, ei fiind „împărțiți“ între a fi dependenți – a fi dominați. Sunt oameni în subconștientul cărora dramele se dovedesc puternice, ultimele nuanțe alese (și modul de combinare) indicând consum nervos, cu epuizarea tuturor resurselor compensatorii și încercarea distorsionată de obținere a *căldurii* și *apropierii* prin impunerea forței și brutalității.

10.2.3. Interferențe „patologice“ și adaptative familiale și sociale. O paradigmă recuperatorie

În contextul „crizei existențiale“ ce însoțește vârsta de 50 de ani, multe din tulburările psihice care acum își fac simțită prezența, predominant la sexul masculin, sunt dublate de consumul cronic de alcool... Iar de aici și până la problematica

dependenței – mai este puțin. Situând aceasta la intersecția „patologiei” individuale, familiale și sociale, prezentăm cazul familiei P. :

- ☒ soțul – alcoolic, în vârstă de 51 de ani, de profesie constructor;
- ☒ soția – 44 de ani, casnică;
- ☒ 3 copii, studenți.

Contextul în care apare tulburarea

Până în 1990, relațiile din familie au fost armonioase, standardul economic și statutul social fiind ridicate: o familie tradiționalistă, în care tatăl reprezintă autoritatea, în primul rând prin faptul că era singurul susținător financiar. După Revoluție, dorind să fie în pas cu noile schimbări produse și amenințat cu șomajul, dl P. își deschide o firmă particulară. Eșecurile în administrarea afacerii atrag după sine probleme din ce în ce mai mari, nivelul de trai scăzând rapid. Este punctul care marchează apariția unor relații intrafamiliale disfuncționale: soția, cicălitoare, încercând să-i controleze activitățile profesionale, permanent făcându-i reproșuri; copiii – sunt nemulțumiți de noua situație, devin reci și distanți, intensificându-și pretențiile.

În acest context tensionat și plin de previziuni sumbre, „pensionarea pe caz de boală” apare ca o soluție. În timpul internării și, ulterior, soția, din dorința de refacere a echilibrului căminului, vine cu regularitate pentru ședințele de psihoterapie. Acestea au durat circa două luni, cu o frecvență de două-trei pe săptămână și s-au desfășurat în paralel cu cei doi parteneri (coterapeut – asistent social Mirela Petre).

Simptomul țintă al disfuncționalității a fost dependența – nevoia imperioasă de a bea, peste puterea de autocontrol.

Comportamentul pacientului

Încercând să amelioreze starea financiară dificilă, spre a scăpa de presiuni și discuții, folosește pentru satisfacerea nevoilor copiilor banii destinați altor activități. Întră astfel într-un cerc vicios al datoriilor, nereușind să mai remedieze situația.

Cum imaginea de sine și autoritatea i-au fost diminuate, încearcă să se impună pe orice plan și cu orice mijloace, de multe ori agresive.

Factorii care contribuie la menținerea dependenței

Eșecurile profesionale și atmosfera familială negativă îi accentuează consumul. Soții sunt prinși într-un cerc vicios. Pacientul bea, pentru că „treburile nu-i merg bine”; nu găsește sprijin și înțelegere, iar afacerile nu prosperă, deoarece, având o minte „tulburată de alcool”, ia decizii incorecte; viața de cuplu, datorită comportamentului neadecvat și schimbat, se alterează mereu.

Relația devine critică atunci când soția hotărăște ca, pentru un timp, să locuiască separat. Aceasta coincide cu momentul internării.

Strategia terapeutică axată pe soție

Discuțiile s-au purtat în jurul problemelor actuale, minimalizându-se rolul trecutului.

Scopurile au fost:

- ☒ explorarea comportamentelor specifice vizavi de soț și a stilului de interacțiune;
- ☒ evidențierea perspectivelor din care este privit alcoolismul și a cunostintelor pe care ea le posedă despre această boală.

Cum pacientul nu-și recunoștea viciul, i s-au prezentat parteneriei principalele tipuri de conduite care favorizează recuperarea. I s-a explicat modul în care atitudinile

sale actuale contribuie la menținerea dependenței soțului, la agravarea situației și la micșorarea șanselor de curabilitate. I s-a cerut evaluarea propriului stil, prin raportare la cel dezirabil.

Atmosfera terapeutică a fost caldă și permisivă, importantă fiind experiența actuală, evolutivă și factorii de ordin afectiv.

Au fost îmbinate mai multe tehnici, realizând un model eclectic, lucru dictat de personalitatea soției – imatură, cu note egocentrice –, procesul propunându-și maturizarea afectiv-emoțională a acesteia, corelată cu „decentrarea” de pe problemele dlui P.

S-a încercat **o terapie experiențialistă, axată pe analiză existențială și elemente rațional-emoțive**, urmărind ca obiectiv intrapersonal „descoperirea Eu-lui”, prin refacerea unității intime „fragmentate”. Acest mod de abordare îl considerăm prioritar, căci simptomul țintă al cazului, dintr-un anumit unghi de vedere, reprezintă expresia disperării situaționale.

S-a pus accentul pe:

- ☒ importanța prezentului;
- ☒ conștientizarea senzațiilor;
- ☒ renunțarea la regulile de conduită dictate numai de Eu-l individual;
- ☒ acceptarea propriei ostilități față de tulburarea soțului ca pe un sentiment autentic, diminuându-și astfel culpabilitatea inconștientă;
- ☒ creșterea toleranței la frustrare;
- ☒ flexibilitate în gândire;
- ☒ acceptarea cu mai mare ușurință a incertitudinii; s-a încercat potențarea în timp a expectațiilor sale vizavi de progresele terapeutice ale pacientului, totodată minimalizând semnificația evenimentului perturbator din familie sau, altfel spus, „decatastrofizarea”; se indică părăsirea unor judecăți de genul: „*soțul meu trebuie să renunțe total la consum, pentru totdeauna și acum!*” Această gândire irațională, utopică și absolutistă trebuie „dărâmată”, complementar procesului de informare a celei în cauză despre caracteristicile alcoolismului privit ca boală, nu ca viciu;
- ☒ obținerea unei mai mari responsabilități față de propriile probleme emoționale ce-i dictează reacțiile; aria de conștientizare a fost lărgită, soția reușind să înțeleagă dubla „perturbare” ce acționează disfuncțional: pe de o parte, evenimentul în sine (faptul că soțul este alcoolic), iar pe de alta – „perturbările secundare” ce izvorăsc din trăsăturile narcisice și egocentrice de tipul: „*este intolerabil să ai un asemenea soț; de ce tocmai mie să mi se întâmple asta?*”.

De la o ședință la alta, am urmărit ca gradul de direcționare a procesului să fie diferit, pentru ca maturizarea afectivă a celei în cauză să se concretizeze în trăiri intense și plene. Ultimele întâlniri le-am putea considera (simbolic) ca pe niște „confruntări cu propriul Eu activat”, capabil de empatie la nivel superior și deschis acum pentru înțelegerea problemelor soțului.

Strategia terapeutică axată pe soț

Obiectivele pe care ni le-am propus au fost:

- ☒ evidențierea cauzelor ce au generat problemele;
- ☒ conștientizarea consecințelor conduitei sale asupra membrilor familiei.

Încercarea de desfășurare a terapiei a fost limitată de caracteristicile personalității pacientului și anume: impulsivitate, toxicofilie și elemente incipiente paranoide. Corelat, se întrezărește o frustră regresie comportamentală cu următorul aspect:

- > restrângerea orizontului și creșterea disconfortului cenestezic, centrul atenției devenind aspectele potatorii și senzațiile adiacente; se distinge o anumită capriciozitate, mergând până la terorizarea anturajului;

- > dependență fizică și psihică de alcool, dar și o „aderență” inconștientă față de familie; paradoxal, își exacerbează aparent responsabilitățile, dar în real acestea diminuează;

- > predomină procesele emoționale de tipul afectelor primare, caracterizate prin intensitate crescută, expansivitate, dezvoltare unipolară, izbucniri de plâns, furie sau chiar veselie nejustificată, uneori, rezistență minimă la frustrare;

- > agresivitate izvorâtă inconștient din situația de regresie;

- > anxietate flotantă;

- > depresie mascată.

Într-un cuvânt, terapia este îngreunată de evaziunea pacientului în boală (deși nerecunoscută conștient). Totuși, ea a vizat *in status nascendi* următoarele aspecte:

Elemente rațional-emoțive de tipul:

- ☒ evitarea unei atitudini prea apropiate (deși înțelegătoare), pentru „a nu face jocul” acestui bolnav cu trăsături paranoide și cu nevoie irațională de afectivitate;

- ☒ a nu cere furnizarea unui număr prea mare de detalii legate de evenimentele vieții sale soldate cu eșec și nereușită în afaceri, pentru a nu mențime la nesfârșit una din sursele perturbării; într-un următor pas terapeutic, atunci când se vor depăși barierele rezistenței, este de dorit concentrarea pe gândurile negative și pe consecințele lor emoționale și comportamentale;

- ☒ nepermiterea excesului de speranțe și potențarea în timp a minimelor rezultate obținute cu suportul afectiv al familiei, prin atitudini autosugestive de tipul: „încet și cu răbdare, voi reuși”;

- ☒ renunțarea la ideea schimbării radicale sau la alte cerințe ce inconștient respectă legea absolutistă „totul sau nimic”; aceasta trebuie înlocuită cu o atitudine de acceptare a fiecărui neînsemnat dar meritoriu pas spre vindecare.

Pacientul a fost mai deschis spre anumite elemente ale **tehnicii cognitiv-comportamentale**:

- ☒ au fost utilizate schimbările de dispoziție din timpul ședințelor, pentru a le analiza posibilele cauze;

- ☒ am încercat să descoperim semnificația evenimentelor traumatizante;

- ☒ pentru distragerea atenției de la problema alcoolismului ne-am propus centrarea pe alte aspecte ale vieții, aparent nesemnificative; astfel, a fost foarte cooperant în încercarea de a respecta un anumit program de planificare a timpului;

- ☒ în fază incipientă i s-a modificat imaginea proprie prin încercări de tipul: „cum crezi că ar rezolva alții această problemă?” sau „cum crezi că te văd alții?”; a fost greu de „manipulat” sistemul perceptiv-autoperceptiv, din cauza trăsăturilor depresive, cu nuanță interpretativă;

- ☒ evitarea fixării obiectivelor de neatins;

- ☒ conștientizarea hiperestimării aparente a propriei responsabilități;

- ☒ centrarea atenției și pe viitor, nu doar pe prezent (aceasta mai ales în crizele de abțință).

Rezultatele obținute până în prezent din intervenția terapeutică sunt:

- # reîntoarcerea soției acasă;
- # schimbarea modului de „contact” al celor doi;
- # atenuarea viziunii nefaste a ambilor asupra alcoolismului;
- # modificări în plan atitudinal și comportamental;
- # în ultimul timp, dl P. a avut mai multe perioade de abținere, care, chiar dacă nu au fost de lungă durată, reprezintă un progres;
- # în prezent, atmosfera familială este mai liniștită, detensionată;
- # deși din punct de vedere profesional pacientul nu este reabilitat, neîmpăcându-se cu statutul de „pensionat medical”, a început să-și ajute partenera la treburile casnice;
- # s-au îmbunătățit și relațiile cu copiii, aceștia comunicând mai mult cu tatăl lor, chiar dacă nu în ce privește probleme importante;
- # frecventând și grupul Al-Anon, dna P. și-a dezvoltat capacitățile empatice, a învățat să fie deschisă spre o comunicare autentică, aflând că nu orice problemă de viață are neapărat o rezolvare „aici și acum”, devenind ea însăși un suport coterapeutic în familie.

10.2.4. Limitele psihoterapiei individuale și de cuplu

Este marcantă obsesia dependenței – în ciuda răului fizic – și există consecințe grave, exprimate clinic prin degradarea socio-profesională și deteriorarea intelectuală, tulburări comportamentale, indisciplină față de exigențele locului de muncă, conflictualitate, diminuarea randamentului și scăderea simțului etico-moral, de unde decurg multiple implicații medico-judiciare.

În scopul recuperării și reintegrării sociale a alcoolicii și refacerii cadrului familial, ne-am propus evaluarea eficienței terapiei de tipul „Alcoolici Anonimi” (grup constituit în cadrul secției Neuro-Psiho-Senzoriali, din Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă; coterapeut – asistent social Mirela Petre).

Ideea unei psihoterapii în care un rol important revine soției (soțului) pacientului, s-a născut din necesitatea depășirii următorului cerc vicios: dacă un membru al casei bea, ceilalți vor avea o reacție. Cel în cauză se răzvrătește față de atitudinile lor și se întoarce spre băutură. Se pune astfel în mișcare un carusel al reproșurilor și negărilor, o spirală descendentă. În general, alcoolicul este cel care dirijează acțiunea, „partenerii” reacționează. El își poate susține rolul, numai dacă este „antrenat” de ceilalți. Vrea ca aceștia să-i accepte slăbiciunile și se comportă în consecință, dar nu concepe ca ei să greșescă. Se manifestă ca o persoană independentă, insistă să facă ceea ce vrea, dar îi pretinde partenerului supunere totală!

Proiectează vina a tot ce „nu merge” în casă și căsătorie pe celălalt, ce încearcă zadarnic să se adegăzeze continuu crizelor și neplăcerilor cauzate de alcool, făcând tot posibilul ca totul să „iasă” bine. Așa se întâmplă în cazul soției, care îndeplinește mai multe „funcții” – gospodină, infirmieră, medic, uneori ea fiind și cea care câștigă pâinea cotidiană. Toate aceste roluri îi dăunează atât ei (pentru că se supraîncarcă), cât și lui, potențându-i dependența, deoarece totul a fost făcut *pentru* și nu *de către* el.

Prezentăm în continuare cei 12 pași sugerați ca program de recuperare de către Comunitatea Alcoolicilor Anonimi. Aceste trepte reprezintă o sumă de principii,

predominant de natură morală, ce-și propun să-i redea celui în cauză capacitatea de a-și recompune personalitatea, de a fi fericit și util.

În încercarea noastră de aplicare a acestui model terapeutic, am întâlnit însă multiple dificultăți – unele determinate de pacienții înșiși, altele – de ceilalți membri ai grupului (în particular, de cei ce alcătuiesc familia – în majoritatea cazurilor reprezentată prin soție).

Astfel se ridică următoarele întrebări:

1. Pacienții alcoolici cu care ne confruntăm au anumite „particularități” ce îi sortesc din start eșecului recuperării?
2. Funcționează și în cazul acestui diagnostic, cu toată conotația lui negativă, dorința de menținere în *invaliditate*, încât să nu-și dorească recuperarea?
3. Faptul că sunt deja instalate sechele somatice acționează în mintea celui în cauză ca un stigmat de tipul „*oricum, totul este inutil*”?
4. Mediul rural sau muncitoresc, căruia aparțin cei mai mulți dintre pacienți, coroborat cu nivelul subcultural, nu le poate facilita însușirea acestor „postulate” spirituale ce ar trebui să se mențină ca filozofie și mod practic de viață?
5. Personalitatea celui alt membru al cuplului este atât de modificată de distorsiunile comunicării, dublate de greutățile vieții (nu în puține cazuri soțiile acestora fiind și ele pensionate medical), încât nu se poate restructura spre a-i oferi ajutor bolnavului alcoolic?
6. În ciuda eforturilor psihoterapice, supozițiile biologice asupra alcoolomaniei rămân primordiale, astfel încât rezultatele oricărei forme de „ajutor” sunt efemere, sau, în cel mai bun caz, adjuvante?

Dorind să prezentăm *punctele critice* întâlnite la fiecare din cele 12 trepte necesare de parcurs, trebuie subliniat că rezistențele au fost depășite în proporții variate de fiecare membru în parte. A fost nevoie de momente de reîntoarcere – ca puncte de sprijin, dar, în general, s-a dorit *să mergem înainte*, chiar dacă nu cu deplină convingere a atingerii unui autocontrol perfect.

PASUL 1 – Obiectivul urmărit: interiorizarea ideii „*am admis neputința noastră în fața alcoolului*”.

⇒ **Rezistențe din partea pacientului**

- Chiar atunci când recunoaște consumul, în nici un caz nu realizează corelația intrinsecă cu sechelele somatice (cum ar fi, de exemplu, polineuropatia); probabil la aceasta contribuie și nivelul scăzut de instruire, corelat cu lipsuri în educația sanitară, dar funcționează și un mecanism inconștient de apărare de tipul negației; atunci când totuși „se destăinuie”, el încearcă un fel de raționalizare, accentul în relatări fiind pus pe valențele pozitive și pe efectele terapeutice ale drogului, când de fapt acestea constituie bazele toxicofiliei
- „Declararea” neputinței în fața alcoolului reprezintă conștientizarea dependenței, aceasta obligându-l pe cel în cauză să-și „dăre” percepția deformată a unui Eu „puternic”, susținut de concepția: „*sunt un mare băutor; eu rezist*”; alcoolul este un om ce a pierdut enorm în plan relațional-afectiv, atât conjugal, cât și colegial și profesional, ori acest fals mod de a triumfa în lupta cu alcoolul („*eu sunt mai puternic*”) este singura lui satisfacție; atât timp cât, prin eforturile individuale, dublate de cele ale familiei și grupului, nu se găsește un substitut pentru o valorizare inconștientă, nu se poate avansa.

⇒ **Rezistențe din partea familiei**

- Partenera unui alcoolic vine la tratament cu ideea: „soțul meu nu vrea să se lase de băut”; acceptarea neputinței celui alt în fața drogului este un *insight* terapeutic ce trebuie manevrat cu grijă, căci în acest moment cea în cauză își remarcă, de fapt, singurătatea existențială; faptul că soțul „nu poate” funcționează ca un diagnostic insurmontabil.
- Pe de altă parte, femeia nu acceptă „neputința” bărbatului, deoarece printr-un pattern ancestral ea își rezervă dreptul de a fi singura ce poate avea „slăbiciuni”, de a deveni dependentă, de a-i lipsi forța în luptă cu un viciu. Poate că acesta este și motivul pentru care, atunci când se întâmplă situația inversă (soția alcoolică), bărbații sunt mai „indulgenți” și, în situațiile fericite, poate chiar mai încrezători în recuperare. Când este posibilă, atingerea onestității față de sine și recunoașterea pierderii autocontrolului asigură trecerea la pasul următor, deoarece începutul – ca orice început – este cel mai greu.

PASUL 2 – „Cred că o putere superioară mi-ar reda sănătatea psihică”

⇒ **Rezistențe din partea pacientului**

- Reprezintă momentul de „cerere a ajutorului”, care dacă este înțeles în sens laic – este vorba de așteptarea unei consultații medicale. Rezistența apare din sentimentul rușinii, al umilinței, al conotațiilor negative ale etichetei de alcoolic; din păcate, acestea sunt justificate, căci și în rândul medicilor funcționează o anumită superficialitate dictată din rădăcini peiorative de tipul: „e un bețiv”; atitudinea să fie oare generată de degradarea fizică și de elementele de deteriorare ale celui în cauză sau din convingerea doctorului că toate eforturile sale sunt zadarnice, căci cel în cauză nu are forța necesară în fața tentației recăderii?

Cererea unui suport spiritual este îngreunată de nivelul subcultural, submediu al majorității alcoolicii, ce trăiesc într-o ignoranță și degringoladă existențială care nu le poate asigura accesarea psihică la una din formele Dumnezeirii. Or, alianța cu o putere superioară este necesară mai mult ca oricând, în lupta cu un viciu ce „lovește” la nivel „biochimic”. Introducerea Divinității ca sprijin a fost sugerată din dorința de a găsi ceva mai puternic decât substratul enzimatic ce dictează și condiționează dependența fizică și psihică a alcoolicii.

⇒ **Rezistențe din partea familiei**

Sunt minime în această etapă, mai ales că alianța cu medicul sau cu o *forță demiurgică* îi distruge soției sentimentul singurătății, aducându-i totodată o rază de speranță.

PASUL 3 – „Am hotărât să ne lăsăm voința și viața în mâinile unui Dumnezeu – așa cum și-L închipuie fiecare dintre noi”

⇒ **Rezistențe din partea pacientului**

- Acum, tot ce înseamnă rezistență izvorăște din „umbra amintirilor”; pacientul își dă seama că, de fapt, alcoolul este o problemă ecran, în spatele căreia se ascund multe altele, de care el a vrut să scape; acest *insight* îi pune în pericol proaspăta abținere.
- Apare în prim-plan insecuritatea financiară, „grație căreia” drogul devine o nouă pavăză.

⇒ **Rezistențe din partea familiei**

- Sunt de fapt dubitații legate de posibilitatea sau imposibilitatea restabilirii „punților rupte”; ideea de Dumnezeu este absolut necesară; pentru pacient, simbolizează „forma blândă și de acceptat” a unei autorități de care personalitatea sa imatură, instabilă, dominată de anxietăți și depresii neconștientizate are nevoie; pentru parteneră reprezintă un refugiu dorit.

Este un moment ce eliberează voința, evitându-se suprasolicitarea și cerințele absolutiste de tipul: „vreau să reușesc acum și cu orice preț”, deoarece energia volițională trebuie „dozată” în lupta cu timpul următor.

PASUL 4 și PASUL 5 – „A realiza fără teamă un inventar moral al propriei persoane” și „a mărturisi greșelile”

⇒ **Rezistențe din partea pacientului**

- Este dureros de „scos la iveală” părțile negative ale firii, greșelile, defectele, resentimentele dublate de jenă – cu atât mai mult cu cât aceasta se face în fața membrilor grupului; dărmarea zidurilor orgoliului (aparent infailibile, în condițiile distorției anterioare) solicită un mare efort de autocontrol; astfel, ciuda, dușmănia, Ego-ul rănit dau întotdeauna motive *pro băutură*.
- Majoritatea alcoolicilor suferă grav povara maniei autojustificărilor sau a egocentrismului: fie țin cu orice preț să-i domine pe alții, fie depind prea mult de ei; din păcate, acest tip de comportament blochează posibilitatea relaționării cu partenerul.

⇒ **Rezistențe din partea familiei**

- Se originează în traumele narcisice produse de aflarea *structurii* celuilalt; aceste adevăruri crude, descoperite de toți, rănesc, nemaiasigurându-i forța necesară susținerii partenerului.

PASUL 6 și PASUL 7 – Exprimă dorința de a scăpa de „patimi”, este etapa trecerii de la copilărie la maturitate, căci „cu umilință ceri Domnului îndreptarea defectelor”.

La prima vedere putem considera că dacă au fost depășite primele cinci trepte, în continuare blocajele vor fi minime. Rămâne totuși în discuție problema asumării responsabilității. Când putem considera momentul optim al renunțării la Divinitate ca instrument de protecție, în schimbul unei reconstrucții voluntare și conștiente? Prelungirea „legăturii” cu o putere Superioară poate facilita o recădere prin deficit de mobilizare a voinței, iar rezistența poate apărea sub forma paradoxală, de tipul: „voința mea este în mâinile Domnului”, afirmație ce ascunde de fapt refuzul de a „crește”.

PASUL 8 și PASUL 9 – „Repararea greșelilor din relațiile interpersonale”

⇒ **Rezistențe din partea pacientului**

- Principalul obstacol este jena de a admite în fața altei ființe erorile, mai ales că de multe ori funcționează inconștient mecanisme proiective de tipul: „celălalt a avut un comportament incorect” – scuză perfectă pentru a minimaliza sau a da uitării propriile conduite! Se poate ajunge la situații în care reluarea legăturii cu cei din trecut să nu fie intrinsec motivată, ci efectuată cu răceală și scepticism, din lipsa curajului și a prudenței.
- În general, oamenii își recunosc cu mai multă ușurință impulsunile auto- decât pe cele heteroagresive; alcoolicul sesizează răul fizic și psihic pe care și l-a

produs, dar cu mai mare dificultate acceptă că violența și propriile minciuni i-au privat pe cei dragi, nu doar de bunuri materiale, ci și de securitatea emoțională și pacea sufletească.

- Chiar și atunci când se încearcă împăcarea, rămâne o minimă gândire de tipul: „și celălalt este răspunzător”.
- Un alt tip particular de rezistență ar fi când cel în cauză își „raționalizează” faptele, dar nu poate sesiza legătura inerentă cu consecințele.
- Riscul îl constituie virarea spre cealaltă extremă: de la iritabilitate, critică, nerăbdare, dominanță se poate ajunge la deprimare și autocompătămire – ce îi afectează pe cei din jur în aceeași măsură.
- Alteori, este vorba de nesiguranță și neîncredere în noul mod de viață, astfel încât nu are curajul să convingă anturajul de schimbarea sa în bine.

⇒ **Rezistențe din partea familiei**

„Simbioza relațională” dintre alcoolic și soție o face pe aceasta să resimtă acut timiditatea, umilința, deprimarea, în raport cu toate actele necugetate ale bolnavului. De teama nesuportării momentelor de „inventariere” a greșelilor, prin care se rememorează trecutul, ea îi cere acestuia (conștient sau nu) să renunțe la încercarea de a le repara. Este oarecum indusă în eroare de vechile convingeri ale celuilalt, în legătură cu deficitele lui relaționale: „nu le cere scuze; și ei sunt vinovați”.

PASUL 10, PASUL 11 și PASUL 12

Reprezintă împăcarea cu trecutul și transmiterea mesajelor către alții.

În ultimele etape, soții aflați la psihoterapie reacționează similar și aproape unitar în modul de potențare a beneficiilor obținute sau în exprimarea rezistențelor:

- Există mecanismul inconștient al negării trecutului sau al minimalizării faptelor și efectelor negative;
- Funcționează teama că dificultățile zilei de mâine nu pot fi întâmpinate;
- Revizuirea constantă a atitudinilor devine „obositoare”;
- Există o incapacitate de a face diferența între sentimentele de supărare reale, provocate de o situație oarecare (și perfect justificabile ca reacții umane!) și agresivitate, iritabilitate, irascibilitate, mânie exagerată. Cel în cauză ajunge la confuzii, când și o ripostă firească este situată sub întrebarea: „dacă mi-am pierdut autocontrolul?”;
- Persistă frica de a nu-și putea stăpâni labilitatea emoțională;
- Ideea de abstenență este extinsă și la alte sfere – din dorința de a nu greși și de a fi perfect (de exemplu, într-o dispută, chiar și atunci când au dreptate, se abțin de la a spune);
- Se menține un anumit senzitivism, astfel încât orice critică prezentă, deși pertinentă, trimite cu gândul la stigmatele trecutului și la teama de a nu reedita același tip de relații disfuncționale.

La sfârșitul acestui ciclu de 12 pași, rămâne totuși, în virtutea unui beneficiu inconștient, dorința de autojustificare, generată de lipsa graniței dintre „consumul social” și dependență: „Eram niște artiști rafinați în inventarea de alibiuri. Trebuia să bem pentru că vremurile erau grele sau erau bune. Trebuia să bem pentru că în căminul nostru era multă iubire sau nu era deloc. Trebuia să bem pentru că la serviciu aveam mari succese sau eșecuri zdrobitoare. Nu ne-a trecut niciodată prin cap că era nevoie să ne schimbăm pe noi înșine, ca să facem față situațiilor de orice natură”.

În loc de epilog...

Sunt sub corola de vise povară
și-ngemănat,
cu rostuirile mele în spate,
te aștept **ca să trecem.**

A fi sau a nu fi – un acut înțeles

Sugestibilitatea este o *nevoie psihologică* – uneori în cele mai intime clipe ale existenței, alteori, în momente dramatice, puternic încărcate afectogen, atunci când este pusă în pericol ființarea însăși. Transcultural privind, aceasta este crescută la femei, la copii și bătrâni, întâlnindu-se în diferite grade, fără excepții, în *rolul de boală*. Este vorba despre o regresie emoțională și comportamentală, asociată cu îngustarea câmpului conștienței, atunci când atenția rămâne centrată preponderent asupra anumitor aspecte *sau*, altfel spus, *când receptăm din realitatea înconjurătoare numai acele idei, comportamente și atitudini ce sunt în concordanță cu dorințele, preocupările, așteptările noastre*, atunci când întregul **fel de a fi** ni se modifică, ajungând să primim „comenzi” și să reacționăm fără critică, în virtutea convingerii că „celălalt știe mai bine cum mă poate ajuta, el deține controlul”. În orice formă de **terapie** funcționează și este necesară o anumită doză de sugestibilitate – acea nuanță de *imaturitate* a pacientului în raport cu experiența, competența și poziția socială a medicului (G. Ionescu, 1998), reproducând schema dependenței timpurii a copilului față de adulți, în aceeași manieră de a aștepta ca *totul să vină din afară*, „a te lăsa în mâinile celui alt” și „a-i urma cu credință sfaturile”.

Mai dureros este atunci când ne confruntăm cu situația aflării unui diagnostic infaust, unei boli incurabile, când „fazele de doliu” sunt trăite diferit, în concordanță cu structura afectivă, cognitivă și axiologică a celui ce-și deapănă dramatic gândurile raportate la finalul propriei existențe. Prima reacție cvasiîntâlnită este aceea de **negare**, atunci când afirmi firesc: „*nu poate fi adevărat, cu siguranță medicul se înșală!*”. Urmează apoi un adevărat periplu, o perpetuă și disperată căutare a *cuiva* – partener de viață sau prieten, doctor sau „vraci”, ce ar putea să infirme implacabilul sfârșit. În această perioadă de tatonări, când încă totul este incert – *formă, stadiu, posibilități terapeutice și prognostic* – se găsește cu ușurință acel *cineva* ce poate înlocui prezumția și oferi speranțe la începutul unui dureros și nesigur drum întru vindecare. Ne întrebăm atunci: ce altceva decât *sugestibilitatea* i-ar putea face pe acești nefericiți să-și nege cu ardoare soarta? Familia se întreabă înfrigurată: *știe sau nu știe?* Și care ar trebui să fie cea mai bună atitudine? De ambele părți se cheltuie o imensă implicare fizică și psihică în complicate disimulări, în care *el se face că nu știe, în timp ce ceilalți se fac că nu-i adevărat* – ca un joc *de-a v-ați ascunselea*, în care bolnavul „luptă” cu familia și, nu în ultimul rând, cu moartea însăși.

Urmează **faza de revoltă**, din perspectiva celui „*De ce mie?*” sau „*De ce eu?*”, când încă mai există suficiente rezerve energetice, întreținute de justificata agresivitate inconștientă, ce funcționează ca urmare a *instinctului de supraviețuire*. Acum se amplifică *Eu-l* prin acel mecanism de *self-inflation*, în care cel în cauză își re trăiește succint, dar intens realizările tinereții, dublate de accentuarea egoistă a calităților. Rănirea **nucleului existențial** prin punerea la îndoială a supraviețuirii îl aruncă în autism, răutate și egocentrism – sentimente negative, proiectate haotic asupra anturajului în gânduri sterile de tipul: „...*Eu care am fost cinstit, harnic, mi-am respectat familia, serviciul... Doamne, cum am avut parte de asta?... Vezi-l pe X, care a furat, a mințit, nu l-a interesat decât să-și atingă interesele... și uite-l ce sănătos e și cum se bucură de viață!...*”

Atitudinile sunt dictate de necesitatea găsirii unui vinovat, în conformitate cu mentalitatea primitivă, arhaică, ce intră în acțiune în experiențe limită, când se abolește superioritatea științei dobândite prin cultură și civilizație, individul ajungând să gândească asemeni omului primitiv – văzând în tot ce i se întâmplă *farmece, vrăji* sau *blesteme*. Explicațiile la care se face apel sunt banale, fiind invocați exact aceia cu care bolnavul a avut cele mai strânse contacte – „...*dacă nu m-aș fi dus atunci în vizită la Y... dacă n-aș fi mâncat ce mi-au oferit alții...*” Se regăsește o ură instinctuală, acționând diabolic la pragul conștiinței, împotriva *celorlalți* – din păcate, chiar a familiei altădată mult iubite – a tuturor *ce au avut șansa de a rămâne sănătoși*. Această etapă – în care întregul chin este raportat la un simplu medicament sau aliment, o întâmplătoare excursie sau un eveniment accidental (de cel mai multe ori **și fericit!**) – este universal întâlnită, indiferent de pregătirea sau statutul profesional anterior al pacientului, fiind regăsită inclusiv în cazul bolnavilor, ei înșiși medici, dar pentru care *regresia* și *sugestibilitatea* le blochează raționamentele mature. Este mai ușor să crezi că X sau Y sau Z sunt de vină, decât să înțelegi crudul mecanism existențial sau acea glumă empirică în care *Dumnezeu joacă zaruri*. Acceptarea unui destin aleatoriu ne încorsetează mijloacele de auto- și allocontrol, ori, din leagăn și până în ultima secundă a vieții, ne dorim cu ardoare **să trăim într-o lume previzibilă**.

Fiecare din noi inventează sau se aliază la acele întâmplări ce-i ies în cale și care ar putea să-i lase impresia *de a fi mai puternic*, de a deține *un plus informațional*, care, cândva, i-ar putea fi de ajutor. *Unii* se refugiază într-un fanatism religios, aflându-și aici echilibrul, dragostea și căldura ce le-au lipsit, în timp ce *alții* devin doctori și se afundă în studiul riguros al mecanismelor fiziopatologice implicate. Chiar și apelarea la acele tehnici de bioenergie sau tentația mult răspândită actualmente de a face psihoterapie – nu sunt decât încercări timide și, dintr-o altă perspectivă, *de a accede la viața veșnică* sau, cel puțin, de a lăsa individului senzația că-și poate domina existența, mai mult decât cel de lângă el. Este forma modernă de luptă acerbă, atunci când a deține câteva cunoștințe în plus devine sinonim cu a supraviețui.

Adânc dominat de firea omului *de altădată*, atunci când **a fi** sau **a nu fi** capătă cel mai acut înțeles, individul ajunge la **negocieri** cu *Dumnezeu*, în care oferă „jertfe”, spre a câștiga eliberarea de boală – „...*dacă fac cutare sau cutare lucru, poate că totuși o să mă fac bine...*” Această implicare acțională reduce din tensiunea și ostilitatea anterior resimțite, re canalizându-i energia în variante pozitive ale înfruntării ultimelor luni. Însă, nu întotdeauna poate fi atinsă seninătatea acceptării fatumului și trăirea cu demnitate a vieții **până la capăt**, de multe ori bolnavul terorizând anturajul cu propria suferință, cu reproșuri, nesupunere, dominație și autoritarism, amenințând frecvent cu

suicidul – parțial dictat de *condiția decăderii sale umane*, parțial ca o introiectare a agresivității resimțită față de *ceilalți*, care, în ciuda durerii morale resimțite, *deocamdată* și *încă* trăiesc.

„A muri înseamnă a pleca puțin“ (un disperat și inutil travaliu)

A considera realitatea ca pe un domeniu relativ restrâns al fantasticului reprezintă o tendință premanifestă, latentă, incomplet satisfăcută a inconștientului colectiv supratensionat. Adaptarea la forțele exterioare, supunerea principiului hedonic și refularea ca formă de obținere a autocontrolului exprimă simbolic „complexul așteptării” întru evadarea din *patternurile rigurozității și austerității științifice*, dărâmarea paturilor procustiene și situarea pe pozițiile paraexistenței mitologice. În acel univers în care erotismul coexistă cu o voluptuoasă și aparentă castitate.

Postulând bipolaritatea ca formă apriorică de guvernare a micro- și macrocosmosului, regăsibilă dureros în ipostazele majore ale umanității – de la dihotomia biblică BINE-RĂU, la rumațiile hamletiene, în care dubitația asupra „utilității” ființării devine sterilă și până la scindarea individualității unitare a Eu-lui în instanțele psihanalitice ale primei topici freudiene – nu facem decât să renegăm armonia – ca formă superioară de autoîmplinire. Din această perspectivă, păgânismul, ca „replică” primitivă a religiei monoteiste, oferă o distribuție a sacralului „în chip larg” și fără a necesita în mod absolut strădania conștiinței (M. Augé, 1995). Operațiile rituale au caracterul unor manipulări fictive, în care totul are o trimitere directă la pulsunile sexuale că se sprijină pe instinctul de supraviețuire. „Judecarea” umanității în termeni de: ucidere, agresivitate, impulsuni și primordialitate scurtcircuitează OMUL ca potențial de maturizare, valorizare și autoactualizare, aruncându-l în temnița anomică a mentalității sălbatice a lui Levi Brühl. Ambivalența, ca *modus vivendi* al inconștientului personal și colectiv, poate fi împărțită simbolic între cele două direcții vectoriale: pulsunea de moarte și tanatofobie.

Târgul cu Divinitatea sau disperarea inconștientului ritualic

Tulburarea obsesiv-compulsivă reproduce schema gândirii păgâne, în virtutea căreia sensul decurge din forță. Pe de altă parte, primitivul sesizează mai exact autentică dinamică intrapsihică și modul de operare al sufletului în logica fuzzy – acolo unde nu există „absolut”, căci în fiecare coexistă mai multe „entități” înzestrate cu o relativă autonomie. Inexistența dualismului suflet–trup face imposibilă ierarhia puterilor spirituale și autoritatea unică asupra sinelui (M. Augé). Reminiscența logicii păgâne în comportamentele cele mai personale ale obsesivului se datorează introducerii dialecticii în miezul cel mai ascuns al conștiinței. Sadismul și masochismul – cu nevoia sa de pedeapsă – nu sunt decât alternative ale „agresivității” cizelate prin cultură – ale căror baze sunt, fără îndoială, dorința de ucidere și setea de sânge a omului primitiv, conform afirmației lui Menninger: „*nimeni nu s-a gândit să se sinucidă, înainte de a se gândi să ucidă*”. Astfel, reprezentările obsesive ce bântuie imaginația psihastenului decompensat nu reprezintă decât întoarcerea agresivității spre sine, repliere ce crește ostilitatea interioară, în timp ce complexul original sado-masochist este trăit prin sentiment de culpabilitate și nevoie de pedeapsă. Înrădăcinat în joc și mimetism,

ritualul – ca activitate de continuă negociere cu „natura” situată în exteriorul psihismului, reduce tensiunea emoțională prin proiecția sentimentelor negative asupra unei Divinități simbolice.

Raportul impulsiv-compulsiv reia dilema ancestrală: **a ataca – a se apăra**, căci funcția fabulatorie a imaginației reprezintă în acest caz un rest de instinct ce subzistă în jurul inteligenței, cunoscută fiind optica frazeriană, conform căreia „*magia reprezintă o precauție a naturii împotriva unor pericole ce amenință ființa inteligentă*”.

Perfecționismul comportamental se sprijină pe contradicția intrinsecă: **dependență – dorință de a controla**, eliminând satisfacerea infantilă a nevoii de tandrețe. Finalitatea principiului conform căruia „extremele se ating” devine astfel întruparea zeiței Kālī, ce reunește distrugerea cu dorința sub egida sexualității (J. Evola, 1994). Analizând acel fond de reprezentări mentale primordiale, regăsim o enciclopedie de rituri general-antropologice ale ființei umane, ce conturează paradigme „infralogice” pentru o multitudine de situații umane de tipul: supliciu, răzbunare, victimizare, adversitate. Ritualurile, ca nucleu al nevrozei obsesionale, din punct de vedere metafizic reprezintă soluția iluzorie pe planul nietzschean pentru acea nevoie de confirmare și integritate ontologică sau, analizând prin prisma conceptelor lui Levi Brühl, de „compensatie”, „ispășire”, „implorare” – nevoia de elemente previzibile, dorința de A CONTROLA VIAȚA.

Acceptarea realității agresive sau depresia inerentă condiției umane

Sugestibilitatea, regăsită la diferite intensități în întreaga dinamică intra-psihică, repetă la nivel individual panorama situațiilor magice arhetipale, având în vedere că hermeneutica etnologică, ce trimite la străfundurile ritualice, suprimă geneza anxietății. În situații puternic încărcate afectogen, atunci când se pune în pericol ființarea însăși, regresia emoțională o induce și pe cea cognitivă, contrazicându-se astfel ireversibilitatea stadialității piagetiene a inteligenței. „Târgul” cu Divinitatea simbolică se reduce la ecuația bazală a umanității: A FI SAU A NU FI, ca o dramă sacră, exteriorizată în gesturi primitiv-magice – similar omului „de altădată” care, imaginând zei-umani, magicieni-regi sau animizând obiecte, voia să acționeze asupra curgerii univoce a timpului rostitor. Sugestibilitatea – ca manieră general-umană de organizare a universului fantasmatic în situația în care impunerea evidenței dureroase devine de nesuportat – este o caracteristică a reîntoarcerii sub zodia oralității, atunci când implorarea Divinității sau oferirea de „jertfe”, a căror chintesență este imensul consum de energie fizică și psihică investită în ritualuri, nu constituie decât diferite fațade ale luptei inconștiente împotriva abandonului inițiat. Dacă existența este pusă sub semnul „îndoielii”, în cel mai pur sens al termenului, problema „liberului arbitru” capătă noi valențe sub amprenta regresiei și sugestibilității, individul afirmând, neputincios, similar eroului din „Magicianul” – deși într-o altă dimensiune a spațiului rotitor: „*cel cu masca, el manipulează... eu... veșnic damnat Icar... un plătit de timp*” (J. Fowles). Echivalentul clinic al negocierilor cu Divinitatea se modifică atunci când, resimțind apropierea sfârșitului anatomic și spiritual – bolnavii cer, la schimb, morfină, ca o lume imaginară, oferită drept compensație pentru dezastrul biologic. Similar, disperarea și agresivitatea bătrânului sunt mistic surprinse în dorința de a fi mușcat de un animal sălbatic (descriere metaforică – fotografică și literară – realizată magistral în filmul „Lupul”).

Mecanismele Eu-lui se manifestă egocentric, introiectând agresivitatea primară drept atela simbolică a instinctului de supraviețuire. Eu-l devine atotputernic și

ubiquitar, identificându-se cu dorințele sale proiectate și făcând abstracție de realitate. Această stare critică, numită „criza intro-proiectivă”, este regăsită la Levi Brühl ca „participare mistică”, suprapunându-se parțial cu „identitatea arhaică” a lui Jung. Negăsirea unui substitut al vitalității finalizează căutarea mefistofelică a „tinereții fără bătrânețe și a vieții fără de moarte”, prin „aruncarea” bătrânilor într-o gândire autistă și ireală ce creează impresia depresivului „căzut” în timp. Este o închidere în propriul cerc, cu limitarea maximală a posibilităților de comunicare cu lumea exterioară, de teamă ca nu cumva tinerii să-i „fure” ultimele rezerve energetice în discuții superficiale, sterile, „*departe de ținta întregii explorări, aceea de a atinge începutul și de a-l afla întâia oară*” (J. Fowles).

Întâlnim conturată aici personalitatea bătrânului regăsit în real (total opus arhetipului jungian, ca mit originar al umanității), redată sintetic în mortificarea valorii de sine, când exprimarea sentimentelor se transformă în implozie, accentuându-i prăpastia interioară, când conținuturile psihice sunt proiectate datorită izolării, când se accentuează narcisismul primordial și subiectiv al tinereții îndepărtate. Bătrânul devine caracterizat de un comportament de nesupunere, dominație, autoritarism – ce trece bariera realității, opoziție încăpățănată și dorința de a avea întotdeauna dreptate. Trăirile emoțional-tensionate, cu manifestări psiho-somatice se proiectează răzbunător „în afară” printr-un mecanism defensiv caracteristic: îngustarea conștiinței și stupoare, acumulându-se afecte negative.

Transcenderea Eu-lui sau situarea pe pozițiile Demiurgice

Lucrul de care trebuie să ne temem cel mai mult noi, oamenii, este acela că, oricât am încerca o rezolvare a multiplelor probleme, rămâne transcendentul mutual al irealului, unde, chiar atunci când vom ajunge, suntem din start pierduți. Multiplicitatea gândurilor sacre ne copleșește, cu același privilegiu etern și posac... și simțim iarăși autocompătimirea universală. Cetatea noastră se lasă prea ușor cucerită și întreg arsenalul de gânduri nu e decât un cod nătâng al demersurilor noastre către rațiunea pură. Dar, cum puritatea se mișcă deznădăduit în profunzime, ne rugăm de stele să ne uite o clipă, și, odată scăpați de sub aripa „oblăduitoare” a cerului, să nu încetăm de a fi noi. Simțim răscolirea sanctuarului cu iluzii părăsite, ca și cum viața noastră ar fi extrem de simplă, doar imaginația vacuității supercomplexe ne străfulgeră vulgar monotonie.

Trăim uneori clipe aspre, acute, de puritate. Sunt momente zdrobitoare ce ne copleșesc personalitatea până într-atât încât devenim absenți, o absență blajină, abia perceptibilă de cei din jur. Lumea se învâрте caraghios în căutarea pacifistului verb „A TRĂI”. Lumina palidă a ființei renăscând tânjește după libertate, o libertate târzie, stranie și caldă. Dacă Pământul ar obosi într-o zi, noi am râde de el ca de un copil ce se împiedică de o jucărie, ne-am privi în oglindă și până să ne pese de ziua de mâine, ne-am mai răscoli puțin trecutul – măcar să știm de ce ne doare.

...Un drum... ce pleacă de nicăieri și duce spre niciunde...

Ne gândim în fiecare an cum ar fi dacă viața noastră ar fi mai lungă. Sau dacă am putea exista ca pibege efemeride în Univers. Sau dacă, pur și simplu, am fi ALTFEL. Nu contează cum: mai buni, mai răi, mai puternici, mai slabi, mai naivi sau mai sobri, dar, oricum, să fim ALTFEL. Fiecăruia i se pare că viața ar fi mai simplă dacă și-ar descoperi ALTER EGO-uri, dacă altul ar suferi pentru el sau, chiar, dacă... ar trăi pentru altul. Ni se pare mereu că avem un rol neînsemnat, necunoscut, minimal, comparativ cu eternitatea cinică. Am vrea să ne transformăm, să cunoaștem acel divin ALTCEVA.

Este copleșitoare neliniștea pe care o simțim acut la contactul cotidian cu... realitatea. Ne izbim de probleme firești, dar pe care frica noastră de autodistrugere prin civilizație ne impune să le considerăm majore. Și negăsind nici un mijloc eficient de rezolvare instantanee a greutăților zilnice – nerăbdarea ne împinge să evadăm în ireal; o nanosecundă suficientă să conteste existența noastră banală în prezent și gata... imaginația este capabilă să facă prima divagație spre o lume accesibilă tuturor și, în același timp, atât de departe.

De la „Țara Minunilor“ a lui Alice și până la spațiul vectorial, nu e decât o diferență de nuanță. Această lume ne aparține mai adevărat decât tot ce e palpabil împrejurul nostru: lumea perfectă, lumea în care oricine are dreptul la replică, lumea lipsită de diferențe ori stratificări sociale, lumea în care poți fi oriunde și oricine și, în același timp, poți fi tu însuși sau nimic. Acea fază a conștiinței care îți rezervă dreptul de a te autodistruge și crea din propria materie – la fel de material și, totuși, mai imaterial ca niciodată.

În această lume, fericirea nu este limita spre care tindem (după cum încercăm noi o reprezentare stângace a idealului), ci este chiar sursa ce generează și ne întreține câmpul conștiinței.

Am căutat „Corabia nebunilor“; am căutat-o cu disperarea cu care caută însetatul apă în mirajele deșertului; ne-am întrebat unde ne poate duce această orbecăire printre semeni. Dihotomia dintre principiul realității și principiul plăcerii ar putea fi învinsă? Dar certitudinea capacității noastre reprezentatorii am putea-o avea vreodată? Ne întrebăm cu suspiciune: ce ne determină să credem că existăm – posibilitatea de percepție, puterea reprezentărilor cognitive, intercolerarea acestora în funcții superioare complexe sau, pur și simplu, un instinct format din timpuri imemoriabile? **Izvor de fericire întreagă de-ar fi viața asta și tot ne rămâne dreptul, adjudecat aprioric, de a ne contesta existența. Iar Dumnezeuul fiecăruia stă și judecă, înțelept și cuminte, bine și rău, cu dor și cu frică, așa cum îi stă bine fiecărui Dumnezeu.**

Bibliografie selectivă

1. **Arseni C., Popoviciu L.**, „Epilepsiile”, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1984
2. **Augé Marc**, „Religie și antropologie”, Editura „Jurnalul literar”, București, 1995
3. **Birraux Annie**, „Psihanaliză” – note de curs, 1999.
4. **Bydlowski Monique**, „Psihanaliza maternității”, Editura Trei, București, 1998
5. **Cosmovici Andrei, Iacob Luminița**, „Psihologie școlară”, Editura Polirom, Iași, 1999
6. **Dolto Françoise**, „Psihanaliza și copilul”, Editura Humanitas, București, 1993
7. **Ernest Dichter**, „Motivations et comportement humain”, Editura Publi-Union, Paris, 1971
8. **Evola Julius**, „Metafizica sexului”, Editura Humanitas, București, 1994
9. **Fowles John**, „Magicianul”, Editura Univers, București, 1988
10. **Frazer James George**, „Folclor în Vechiul Testament”, Editura Scripta, București, 1995
11. **Golu Pantelimon**, „Psihologie socială”, note de curs, 1992
12. **Horney Karen**, „Direcții noi în psihanaliză”, Editura Universul Enciclopedic, București, 1995
13. **Ionescu Gheorghe**, „Tratat de psihologie medicală și psihoterapie”, Editura Asklepios, București, 1995
14. **Ionescu Gheorghe**, „Psihiatrie”, note de curs, 1998
15. **Laplanche Jean, Pontalis J.B.**, „Vocabularul psihanalizei”, Editura Humanitas, 1994
16. **Milea Ștefan** (sub redacția prof. dr. Pătru Meilă, conf. dr. Ștefan Milea), „Tratat de Pediatrie”, volumul VI, Editura Medicală, București, 1988
17. **Minulescu Mihaela**, „Tehnici proiective”, note de curs, 1994
18. **Mitrofan Iolanda, Mitrofan Nicolae**, „Disfuncții globale și specifice în adoptarea și exercitarea rolurilor conjugale”, Revista de Psihologie nr. 2, 1989
19. **Mitrofan Iolanda, Mitrofan Nicolae**, „Disfuncții specifice ale structurii de rol conjugal”, Revista de Psihologie nr. 4, 1989
20. **Mitrofan Iolanda, Mitrofan Nicolae**, „Elemente de psihologie a cuplului”, Editura Șansa, București, 1994

21. **Mitrofan Iolanda**, „Violența familială între disimulare, deconspirare și impact psihopatogen”, în volumul „Aspecte comune medico-legale și de evaluare a capacității de muncă a traumatizaților prin agresiune și accidente” editat sub egida Academiei de Științe Medicale și a Societății Române de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, 1996
22. **Neacșu Ioan**, „Civilizație și conduită”, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1987
23. **Neacșu Ioan**, „Pedagogie”, note de curs, 1992
24. **Oană Sever Cristian**, „Prezentarea studiului de euro-comunicare. Relația medic-pacient”, comunicare susținută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă” desfășurat sub egida Fundației Române „Acțiune pentru sănătatea femeilor”, cu sprijinul Reprezentanței Speciale UNICEF în România și al Ambasadei Canadei
25. **Oancea Constantin**, „Introducere în consiliere”, note de curs, 2002
26. **Schaffter Tim**, „Metodologia formării în comunicare”, comunicare susținută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă”, desfășurat sub egida Fundației Române „Acțiune pentru sănătatea femeilor”, cu sprijinul Reprezentanței Speciale UNICEF în România și al Ambasadei Canadei
27. **Tudose Florin**, „Comunicarea – condiție fundamentală a propedeuticii medicale”, comunicare susținută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă”, desfășurat sub egida Fundației Române „Acțiune pentru sănătatea femeilor”, cu sprijinul Reprezentanței Speciale UNICEF în România și al Ambasadei Canadei
28. **Tudose Florin**, „Situția de a fi bolnav”, comunicare susținută în cadrul Atelierului-pilot – „Comunicarea interpersonală medic-pacientă”, desfășurat sub egida Fundației Române „Acțiune pentru sănătatea femeilor”, cu sprijinul Reprezentanței Speciale UNICEF în România și al Ambasadei Canadei
29. *** DSM – IV (Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, ediția a IV-a, 1994), tradus sub egida Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000